

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 22

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine Générale

par

Caroline Gautier

Née le 16 septembre 1980 à Rennes (35)

Présentée et soutenue publiquement le 23 mars 2010

LE PREMIER EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE :

UNE ÉPREUVE POUR LES FEMMES ?

Enquête d'opinion auprès de 90 femmes

Président : Monsieur le Professeur H.J Philippe

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J.P Canévet

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PREAMBULE	6
METHODE & MOYENS.....	12
Cible.....	13
Modalités.....	13
Outil.....	14
Traitement de l'information	15
RESULTATS	16
Réponses au questionnaire	17
Les déterminants du vécu du premier examen gynécologique	43
DISCUSSION	60
Discussion sur la méthode.....	61
Discussion sur les réponses données au questionnaire et leurs analyses statistiques.....	62
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXES.....	77

INTRODUCTION

Le champ d'action de la gynécologie-obstétrique en médecine générale est vaste : prescription d'un moyen de contraception, prévention des infections sexuellement transmissibles, discussion autour de la vaccination contre les virus de type HPV, sexualité, premier recours en cas de symptôme, surveillance des premiers mois de grossesse...

Le dénominateur commun à ces différentes actions est l'examen gynécologique.

A la différence de tout autre examen physique (cardio-vasculaire, pulmonaire...), il impose à la femme une intrusion dans son intimité.

Pour la plupart d'entre nous, médecins qui nous intéressons à la gynécologie et réalisons l'examen gynécologique régulièrement, la première préoccupation est d'ordre technique et concerne les constatations cliniques. La question des conditions du confort physique et psychologique de la patiente reste parfois au second plan.

En est-il de même pour les femmes que nous examinons : connaissons-nous leurs craintes ? Quelle idée se font-elles de cet examen ? Comment ressentent-elles ses modalités pratiques, son déroulement ? Quelles connaissances ont-elles de ses objectifs ?

Durant notre cursus universitaire, nous avons appris à examiner toutes les femmes. « Le Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la reproduction », datant de 2002, édité par le Collège des Gynécologues-Obstétriciens, référence en France, note dans son introduction à propos de l'examen clinique en gynécologie :

« Deux situations vont amener une patiente à subir un examen gynécologique :

La patiente présente une pathologie qui nécessite un examen gynécologique, il s'agit donc d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique.

La patiente ne présente pas de pathologie gynécologique, elle vient pour un examen gynécologique systématique. Il s'agit alors d'une démarche de dépistage. »

Pourquoi parler de « subir » un examen gynécologique ?

Le terme « subir » désigne en effet le fait d'être soumis malgré soi. Employer ce terme n'est pas dénué de sens. Le médecin n'a, à aucun moment, ce rôle d'imposer et de soumettre sa patiente. Comment la femme pourrait-elle accepter un examen de ce type sous la contrainte ? On pourrait alors y voir un rapport de dominant-dominé où la femme n'aurait plus la maîtrise de son corps.

L'examen clinique physique est enseigné mais apprendre à mettre en confiance, à expliquer, à poser les questions que la femme n'aborderait pas spontanément exige un savoir-faire supplémentaire.

Dans l'hypothèse où la première expérience d'un examen gynécologique compte beaucoup pour façonner la représentation de cette procédure diagnostique par les patientes, c'est celui-ci qui sera étudié. Comme le soulignent les auteurs d'un article suédois, datant de 1998, traitant des expériences et attitudes à l'égard du premier examen gynécologique [1], le premier contact avec la gynécologie semble être déterminant pour la suite de la prise en charge car il peut représenter une sorte de « rite initiatique », de passage de l'adolescence vers la vie de femme et, par là-même, conditionner la poursuite, au combien essentielle, du suivi gynécologique.

D'autres communautés scientifiques se sont-elles penchées sur le sujet ? Après des recherches sur les deux principaux moteurs de recherche d'articles médicaux, PubMed, pour ce qui est de la littérature anglophone, et CisMeF pour ce qui est de la littérature francophone, il apparaît que le continent nord américain et les pays scandinaves sont ceux s'y étant déjà beaucoup intéressés. Viennent ensuite l'Angleterre, l'Italie et l'Autriche. En revanche, la grande surprise vient de la France. En effet, entre 1984 et 2007, aucun article traitant de ce sujet n'a été obtenu par notre technique de recherche bibliographique.

Les principaux messages retrouvés dans ces publications sont : l'importance de la « première rencontre » (âge de la patiente, sexe du médecin, lieu dans lequel cet examen se déroule, mots employés par le médecin, perception ou non par le praticien du stress de la patiente, explications données tout au long de l'examen...) et les « erreurs » des médecins (absence d'anticipation des attentes supposées de la patiente, manque d'analyse des sensations qu'elle peut ressentir). Enfin, certains auteurs donnent des pistes de réflexion pour un meilleur déroulement du premier examen (utilisation de schémas, illustrations et modèles ; explications des raisons de l'examen et de son déroulement). Ce constat conduit à proposer une étude destinée à mieux connaître le vécu de la femme durant cet examen et à comparer ces résultats à ceux obtenus dans d'autres pays.

Ce travail, réalisé à partir d'expériences professionnelles personnelles et des résultats d'études précédentes, a eu pour objectif de recueillir, au moyen d'un questionnaire, des données déclaratives sur la description du premier examen gynécologique des femmes interrogées, leurs perceptions et les connaissances théoriques qu'elles pouvaient avoir. En second lieu, cette enquête a tenté d'explorer quelques hypothèses, issues de la littérature, sur d'éventuels facteurs liés à une perception négative de l'examen par les patientes, dans le but de contribuer à la réflexion pour améliorer à chaque étape les conditions de réalisation de l'examen et son acceptabilité par les patientes.

PREAMBULE

Avant tout, il convient de rappeler ce que comprend l'examen gynécologique comme nous l'apprenons durant notre cursus universitaire. Celui-ci se décompose comme suit :

L'interrogatoire

1. Le motif de consultation

Soit il s'agit d'une consultation dans le cadre d'un suivi gynécologique de routine, sans plainte particulière, soit il existe une symptomatologie précise amenant la patiente à consulter.

2. Les antécédents

2.a. Les antécédents personnels

- ✓ Les antécédents *gynécologiques* : âge de survenue des premières menstruations, description des cycles, contraception, infections gynécologiques, pré-ménopause, ménopause...
- ✓ Les antécédents *obstétricaux* : gestité, parité, interruption volontaire de grossesse, fausse couche spontanée, grossesse extra-utérine, pathologies de la grossesse, déroulement des accouchements, suites de couche...
- ✓ Les antécédents *médicaux* : pathologies générales
- ✓ Les antécédents *chirurgicaux* : gynécologiques, digestifs
- ✓ Les *prises médicamenteuses* ponctuelles et au long cours
- ✓ Les *intoxications et dépendances* : tabagisme (âge de début, type, quantité journalière), prise d'alcool (quantité, nature, fréquence), drogues (type, quantité, modes de prises)
- ✓ Les *allergies* médicamenteuses et autres

2.b. Les antécédents familiaux

- ✓ Les *pathologies générales* : diabète, surpoids, dyslipidémie, maladies thrombo-emboliques, hypertension artérielle...

✓ Les *pathologies tumorales* : cancer du sein, cancer de l'utérus, cancer digestif...

2.c. Le conjoint

Changement récent de partenaire, nombre de partenaires, rapports sexuels à risque, infection(s) sexuellement transmissible(s) connue(s) du ou de(s) conjoint(s)

3. La symptomatologie fonctionnelle

Saignements anormaux, aménorrhée, leucorrhées, algies pelviennes, pathologies mammaires, troubles de la sexualité, stérilité.

L'examen clinique

1 L'examen général

Morphologie : poids, taille

Etat général : perte de poids récente, asthénie, anorexie, prise de la tension artérielle

2 L'examen gynécologique

2.a. L'examen abdominal

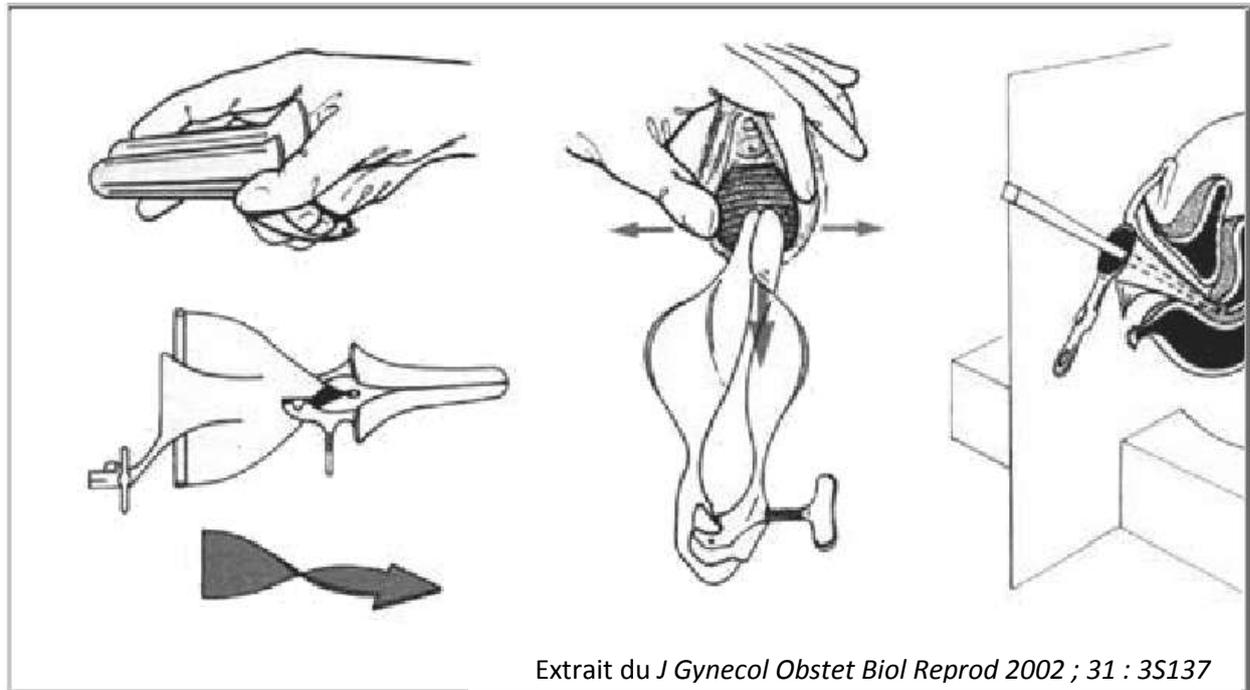
En décubitus dorsal, jambes allongées et paroi abdominale bien relâchée, on note les cicatrices d'actes chirurgicaux, on étudie les orifices herniaires et on palpe l'ensemble du cadre abdominal à la recherche d'une douleur et/ou d'une masse.

2.b. L'examen périnéal

On note les caractères sexuels secondaires (pilosité, pigmentation, développement des petites et grandes lèvres), les séquelles obstétricales (déchirure, épisiotomie, fistule)

2.c. L'examen pelvien

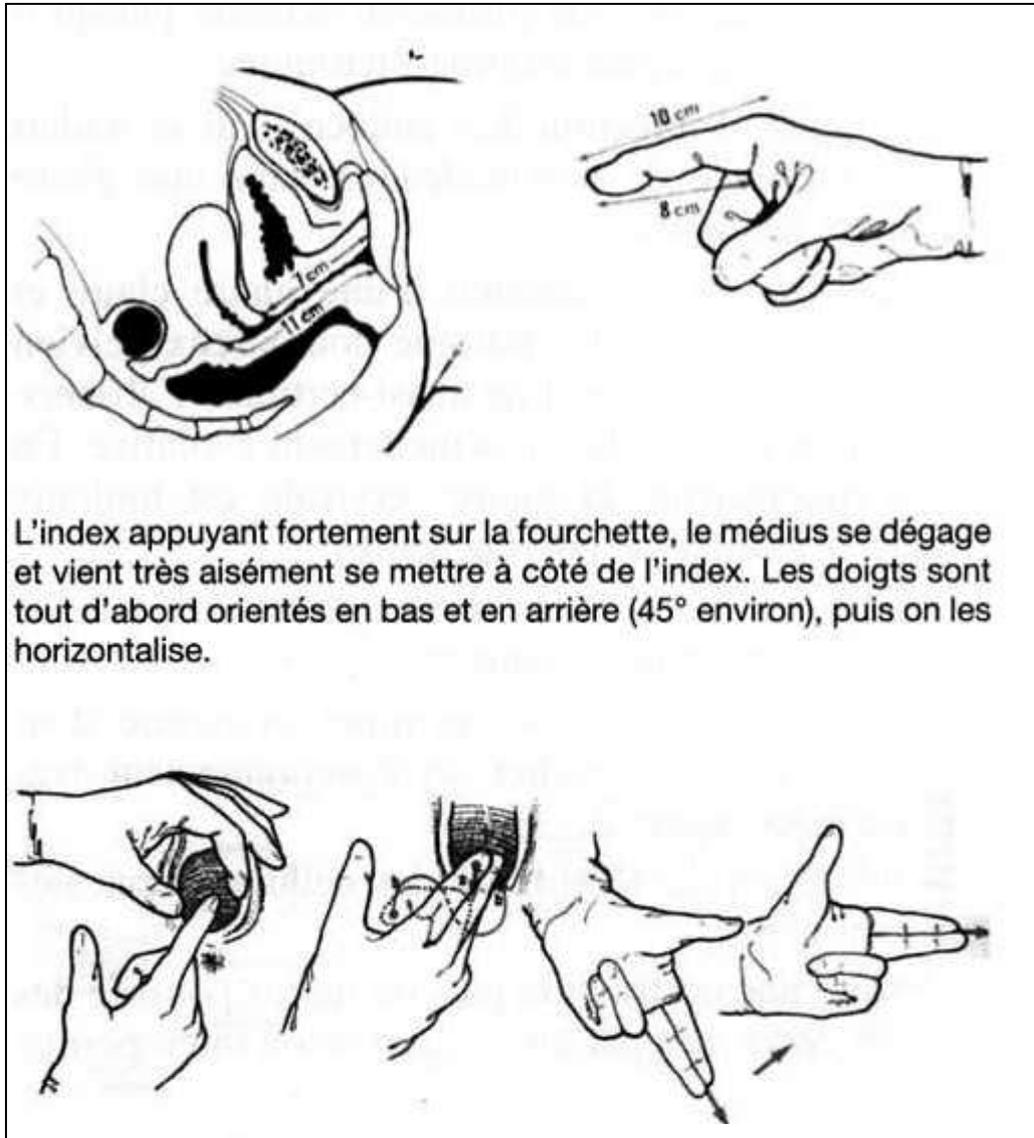
Il commence par *l'examen au spéculum*



On introduit, lames fermées, le spéculum en prenant appui sur la fourchette vulvaire sans toucher la zone urétrale et en écartant de manière concomitante les petites lèvres. Puis, en poussant le spéculum, on effectue une rotation de 90° sur l'horizontale, en l'orientant vers le bas et l'arrière. Le spéculum est ensuite ouvert pour visualiser le col. S'il n'est pas visible, il faut modifier l'inclinaison du spéculum ou encore, si celui-ci est trop court, le retirer et en utiliser un autre un peu plus long.

On peut alors observer le col utérin (aspect, couleur, saignement, inflammation éventuelle...) mais aussi la glaire cervicale (abondance, transparence, couleur, homogénéité, odeur, filance...) et enfin le vagin et ses parois en retirant précautionneusement le spéculum.

Le toucher vaginal



Extrait du *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31 : 35138

Il permet d'explorer la cavité pelvienne au moyen de deux doigts (index et majeur) introduits dans le vagin. La main opposée sert à ramener vers soi le contenu viscéral pelvien et plus particulièrement l'utérus.

Le toucher vaginal permet d'apprécier le col utérin (longueur, consistance, mobilité, ouverture), de rechercher une douleur à la palpation du cul-de-sac de Douglas (situé au niveau du cul de sac postérieur du vagin), de mettre en évidence une douleur et/ou une masse en regard des culs-de-sacs vaginaux latéraux correspondant aux annexes (ovaires, trompes) et d'étudier enfin l'utérus (volume, position, forme, douleur à la mobilisation).

Le toucher rectal

Il est parfois utilisé dans certaines pathologies comme l'étude des prolapsus ou de l'endométriose.

2.c. L'examen sénologique

Durant l'inspection, la patiente étant assise, on recherche une asymétrie entre les deux seins, que cela soit au niveau de la forme ou de la taille, ou encore une anomalie cutanée (placard inflammatoire, aspect de « peau d'orange »...).

Quant à la palpation, la patiente étant allongée sur le dos, on examine les seins quadrant par quadrant à la recherche d'une masse ou d'une douleur. On note l'existence ou non d'un écoulement mamelonnaire par pression sur le mamelon.

On termine l'examen sénologique par la palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires et axillaires.

METHODE & MOYENS

1. Cible

Il s'agissait de femmes ayant déjà eu un ou plusieurs examens gynécologiques.

2. Modalités

2.a. Critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les femmes quelque soit leur âge (sous réserve d'avoir déjà été examinées sur le plan gynécologique), leur nationalité, leur profession, leur religion, leur statut marital et qu'elles aient ou non des enfants.

2.b. Critères d'exclusion

Ont été exclues les femmes ne parlant pas le français.

2.c. Lieu et temps

Le recueil des données a été effectué, de janvier à avril 2009, dans les salles d'attente de différents lieux de pratique de la médecine générale :

- ✓ *Cabinets de médecine générale*
 - Cabinet urbain du Docteur F. à Saint-Herblain (Loire-Atlantique)
 - Cabinet urbain du Docteur C. à Nantes
 - Cabinet rural du Docteur T. à Avesac (Loire-Atlantique)
 - Cabinet urbain de groupe des Docteur B., C., D., L., M. à Trélazé (Maine et Loire)
- ✓ *Centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) à Saint-Herblain (Loire-Atlantique)*
- ✓ *Centre Simone Veil (Interruption volontaire de grossesse, planification et éducation familiale) au CHU de Nantes*
- ✓ *Service Hospitalier des suites de couche du Professeur Fournié au CHU d'Angers*

3. Outil

Nous avons réalisé une enquête d'opinion à l'aide d'un questionnaire écrit et anonyme distribué aux femmes attendant une consultation dans les différents lieux de recueil cités ci-dessus ou directement aux parturientes pour ce qui est du service des suites de couches.

Le questionnaire a été construit à partir d'interrogations à la fois personnelles, suite à des discussions avec des amies et proches, car chaque femme a sa propre « histoire » gynécologique, et professionnelles, au vu de situations vécues tout au long des études médicales mais aussi grâce à des entretiens préparatoires réalisés avec des professionnels expérimentés (les Chefs de Service des Centres de Planification des CHU de Nantes et d'Angers par exemple). Les recherches bibliographiques ont également permis d'enrichir ce questionnaire.

Le questionnaire a été distribué aux intéressées en précisant qu'il avait pour but de connaître leur ressenti à l'issue de leur premier examen gynécologique, de déterminer les raisons pour lesquelles cet examen s'était bien ou mal passé, et de nous permettre, à nous médecins, de nous améliorer dans notre pratique quotidienne. Il a été proposé sous forme écrite et anonyme pour que la femme interrogée, surtout pour les questions plus personnelles voire intimes, puisse y répondre librement sans crainte d'être jugée. Une réponse écrite impliquant une bonne connaissance de la langue française, les patientes originaires de pays non francophones n'ont pas été interrogées.

Sur les 96 questionnaires distribués, tous ont été rendus. Aucune femme n'a refusé d'y répondre.

Le questionnaire (cf annexe 1) comprenait trois parties distinctes :

Partie I : Les données générales :

Cette première partie s'intéressait à l'âge, à la nationalité, au diplôme le plus élevé obtenu, à la situation matrimoniale, au nombre d'enfants, à la religion des femmes interrogées.

Partie II : Le premier examen gynécologique :

Cette seconde partie cherchait à recueillir : les idées préconçues quant à l'examen gynécologique, l'âge au premier examen, le motif de ce premier examen, le ou les refus éventuels précédents de se faire examiner, le niveau d'inquiétude avant de réaliser l'examen, le fait d'en avoir discuté ou pas avec un membre de l'entourage ou un médecin auparavant, le ressenti global à la fin de la consultation, les conditions dans lesquelles il a été pratiqué (médecin homme ou femme, généraliste ou spécialiste, autorisation demandée pour le pratiquer, explications données au fur et à mesure, examen des seins chez une patiente entièrement nue ou pas, espace séparé du bureau pour se déshabiller, examen réalisé avant ou après le début de la vie sexuelle), douleur ressentie, refus d'examen gynécologique par la suite, notion de violences sexuelles et leur incidence sur le suivi gynécologique.

Partie III : Anatomie, perspectives :

La troisième partie avait pour but d'évaluer le niveau de connaissance des femmes sur quelques notions telles que: la position du col de l'utérus, le frottis cervico-vaginal, le spéculum. Puis les trois dernières questions avaient trait aux cours de prévention en matière d'éducation sexuelle auxquels ces femmes avaient pu participer, à quelle fréquence, selon elles, il fallait être suivi sur le plan gynécologique et enfin quelles étaient leurs visions du suivi gynécologique.

4. Traitement de l'information

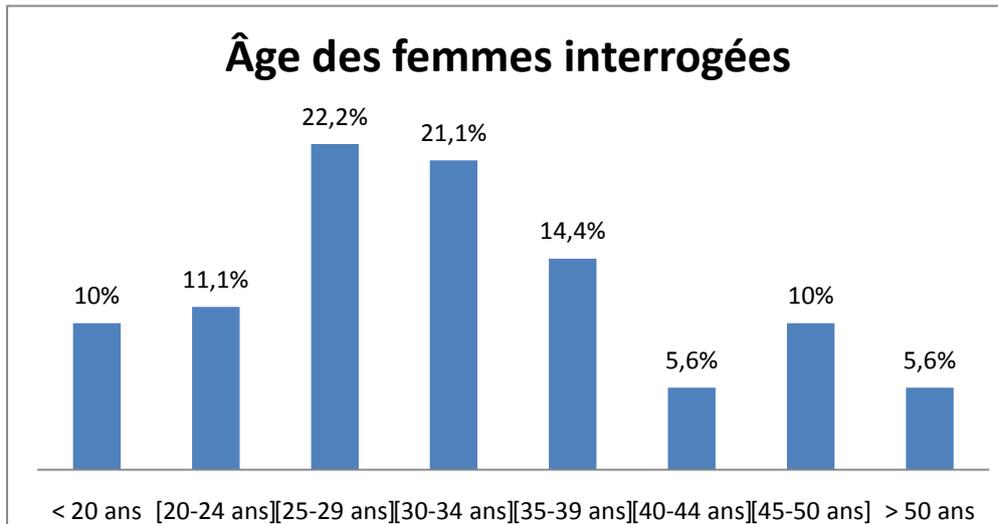
La méthode utilisée pour l'expression des résultats a consisté en une étude descriptive. Les données ont été analysées avec le logiciel Excel au moyen du test du Khi 2. La signification de « p » a été fixée à moins de 0,05.

RESULTATS

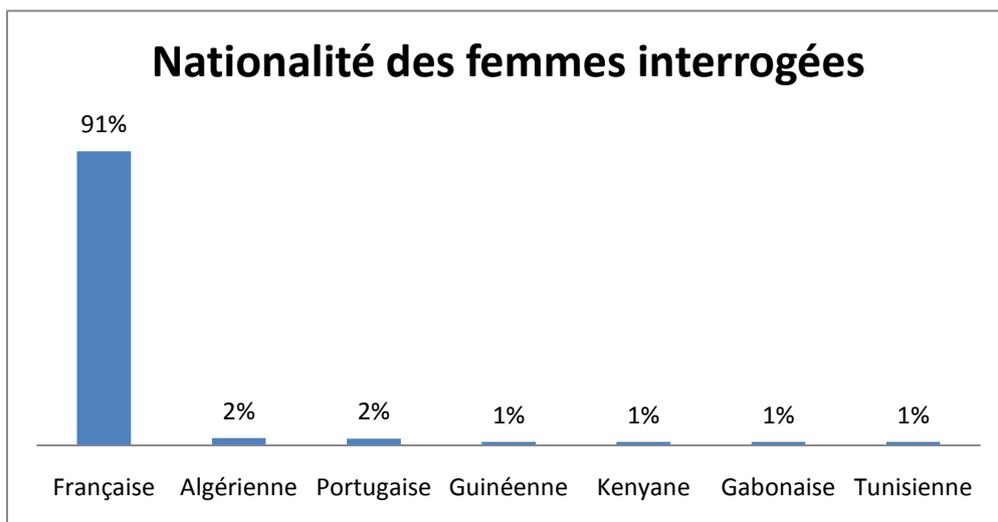
1. Réponses au questionnaire

1.a. Données générales

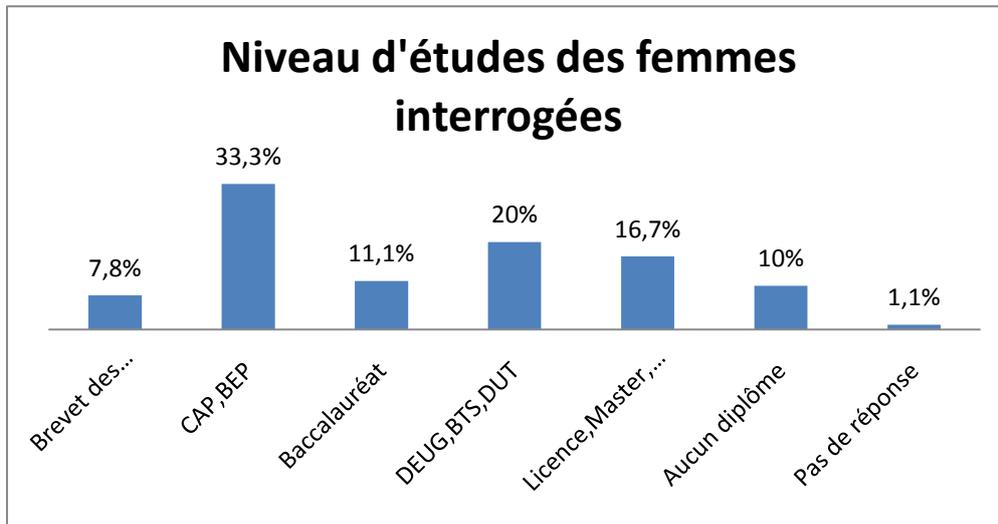
1.1.



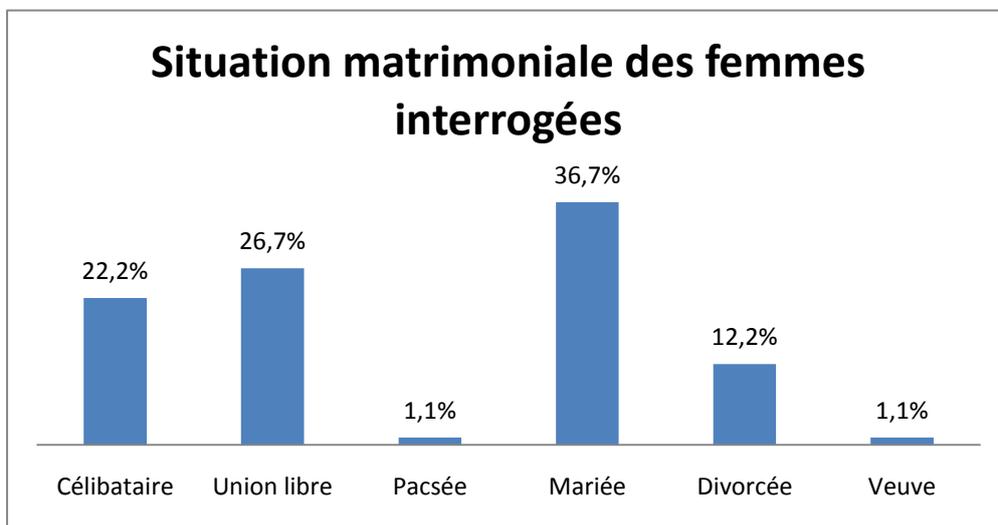
1.2.



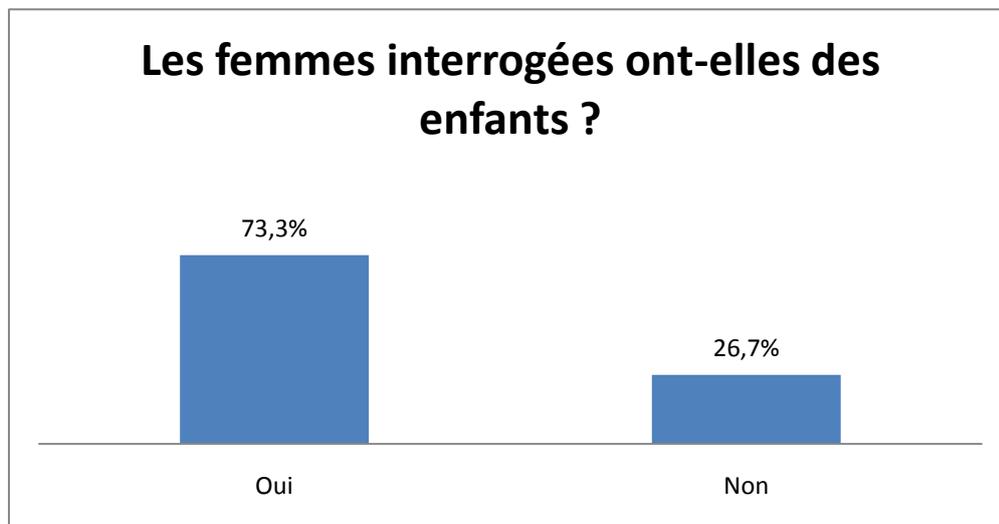
13.



14.

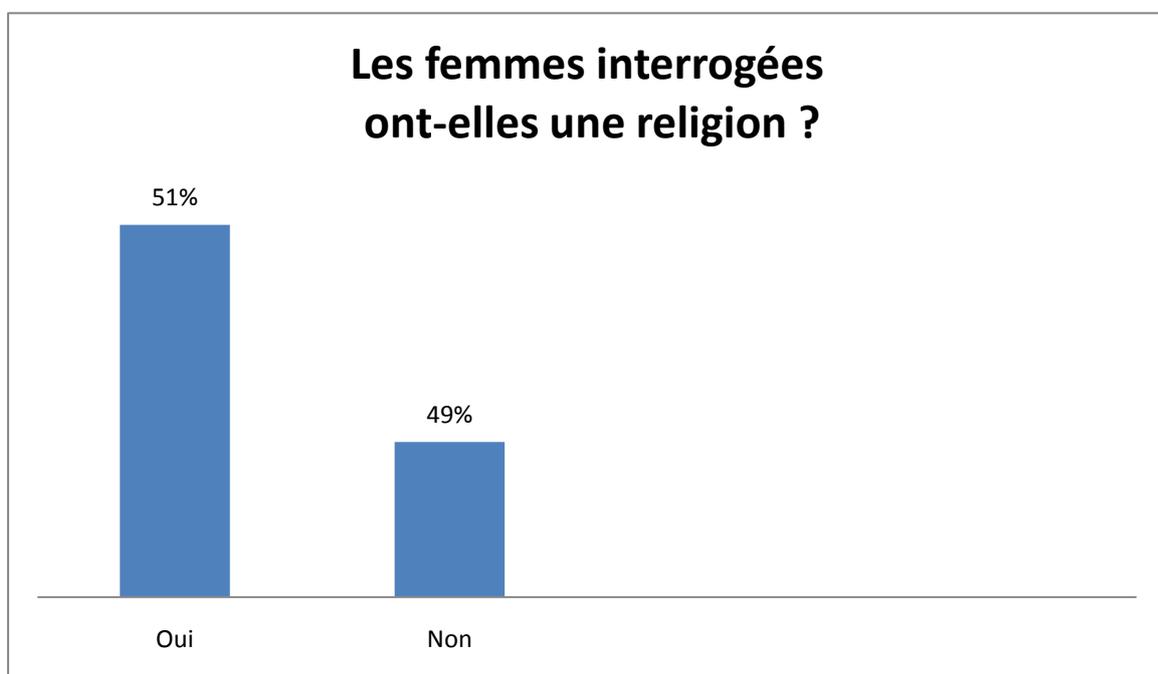


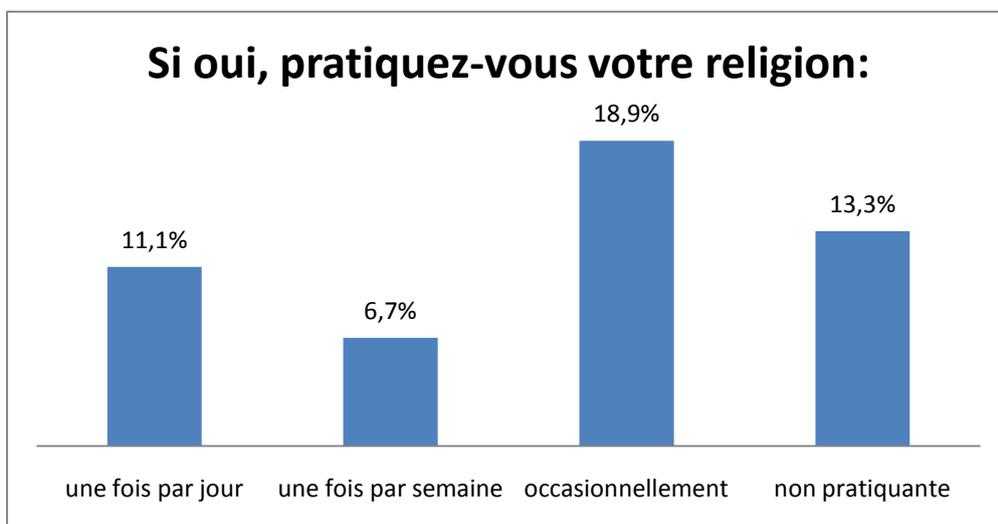
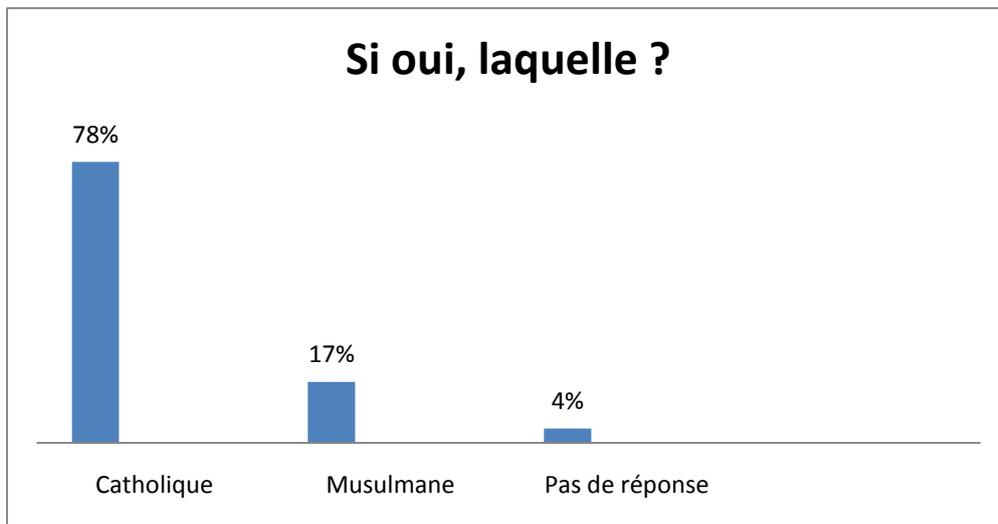
15.



Le nombre moyen d'enfants par femme est de 2,22, la dispersion est : [0 ; 6]

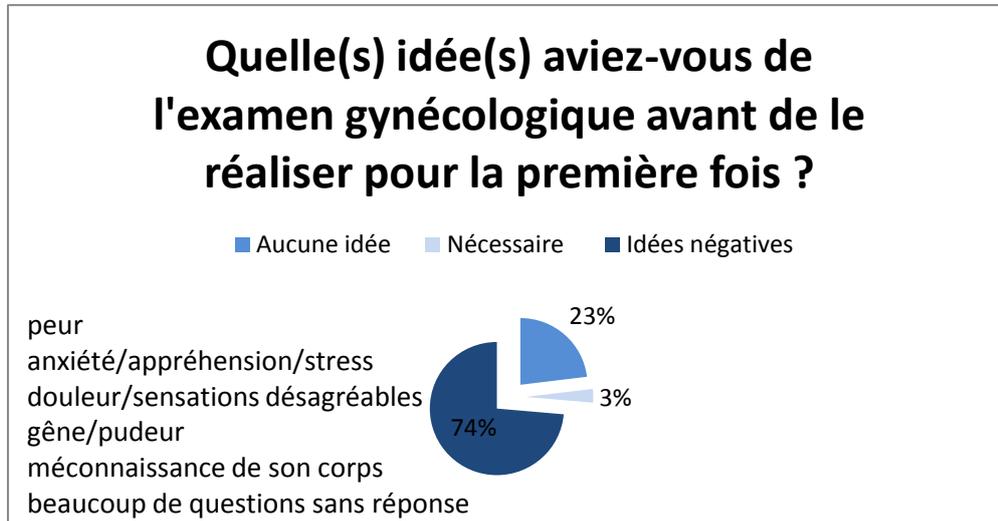
16.



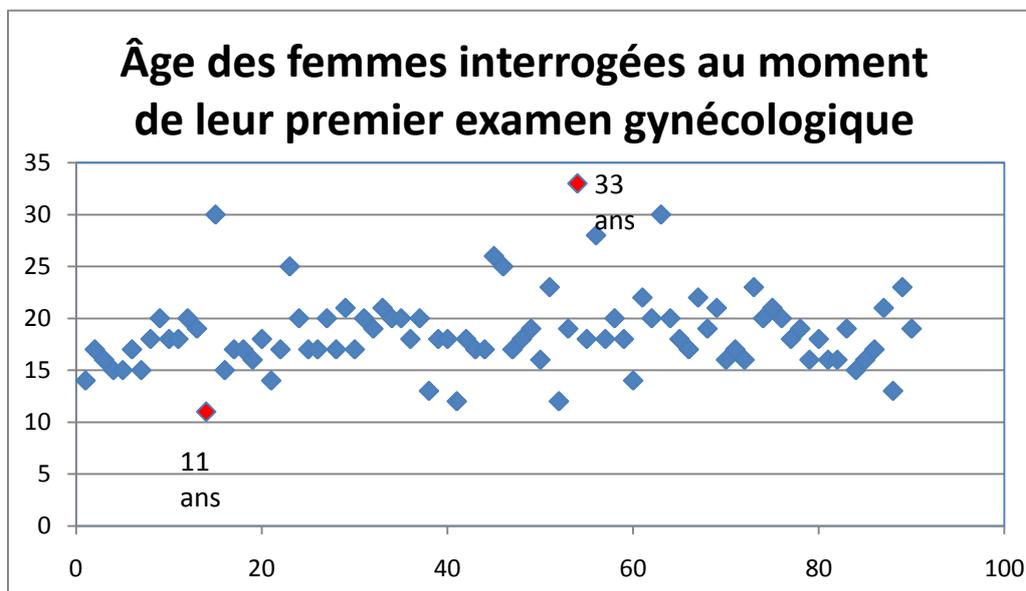


2.b. Le premier examen gynécologique

// 1.

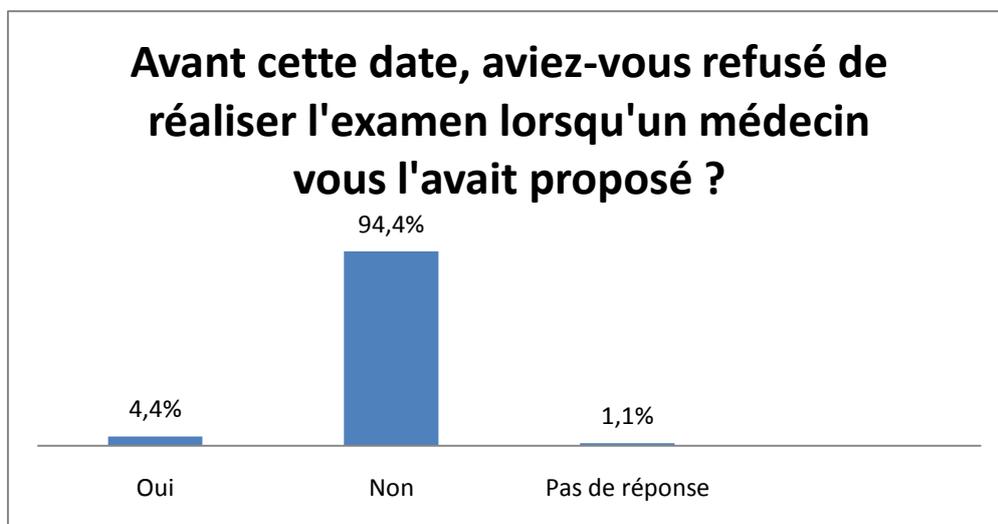


// 2.



La moyenne de l'âge des femmes interrogées au moment de leur premier examen gynécologique est de 18,6 ans, la dispersion est : [11 ; 33].

113.



Si votre réponse est *oui* : quelles raisons avez-vous données au médecin ?

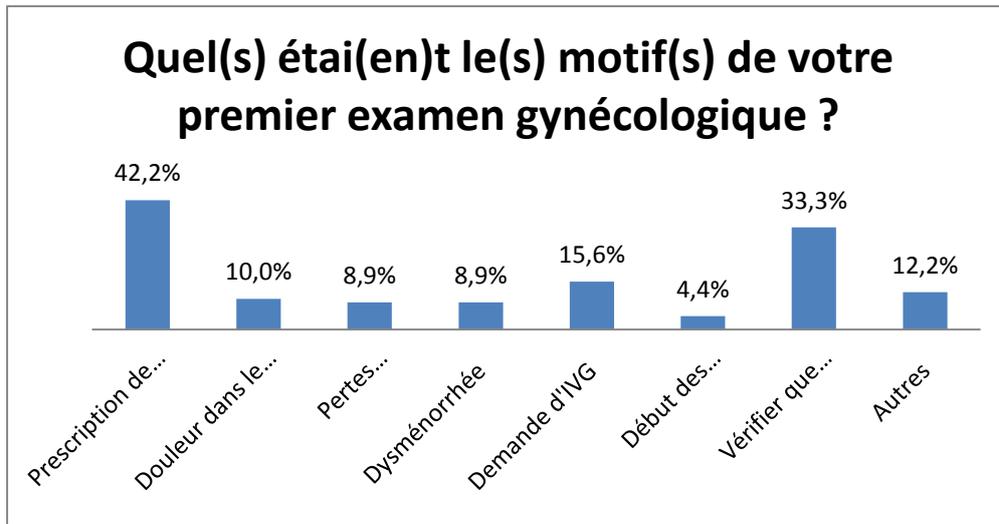
(4 femmes ont répondu « oui » à la question précédente)

- ✓ « ça me regarde, la question est indiscreète »
- ✓ « mon mari sera le seul à me toucher pour la première fois »
- ✓ 2 femmes n'ont pas répondu

Existait-il d'autres raisons que vous n'avez pas données au médecin ?

- ✓ Aucune réponse

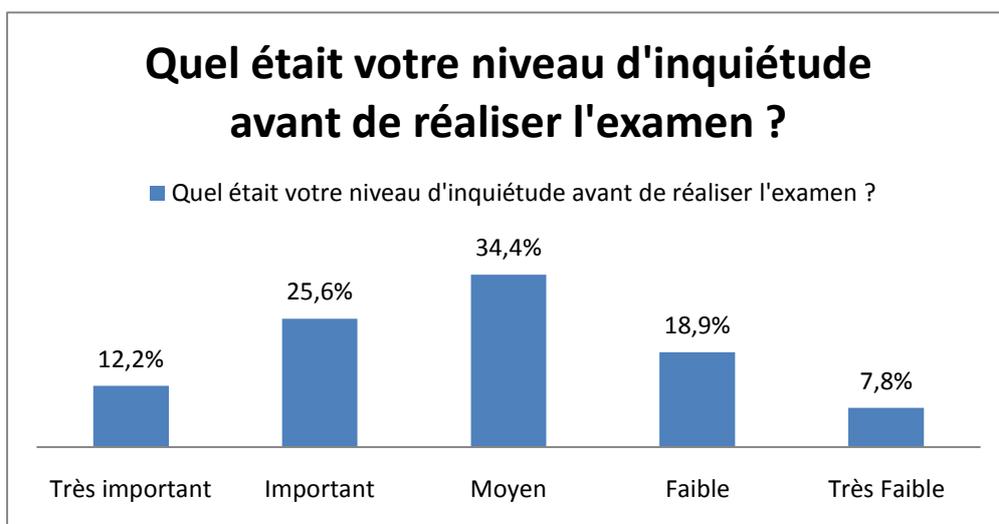
II 4.



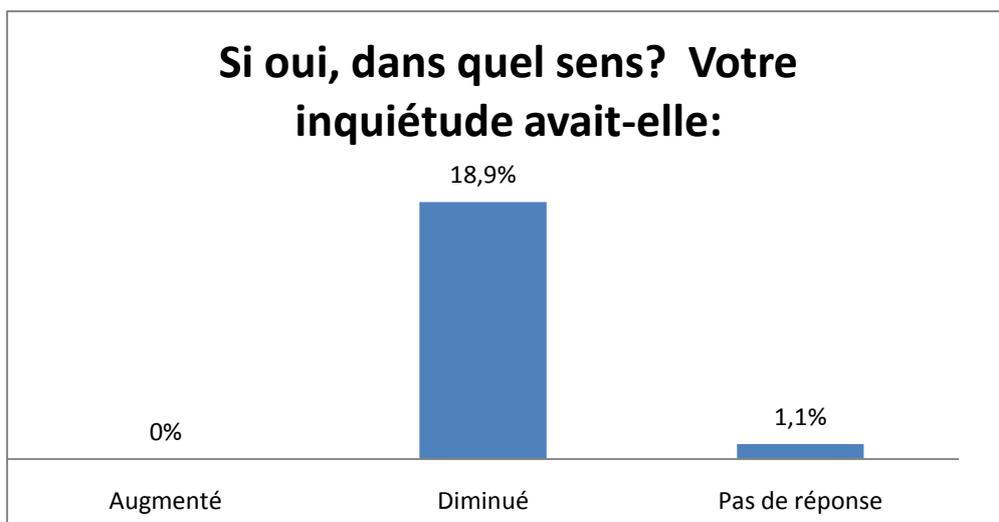
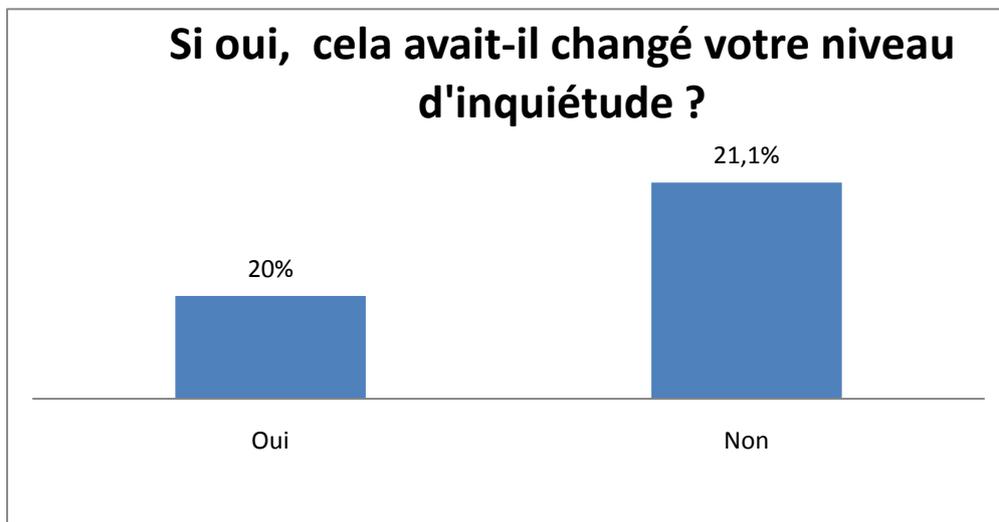
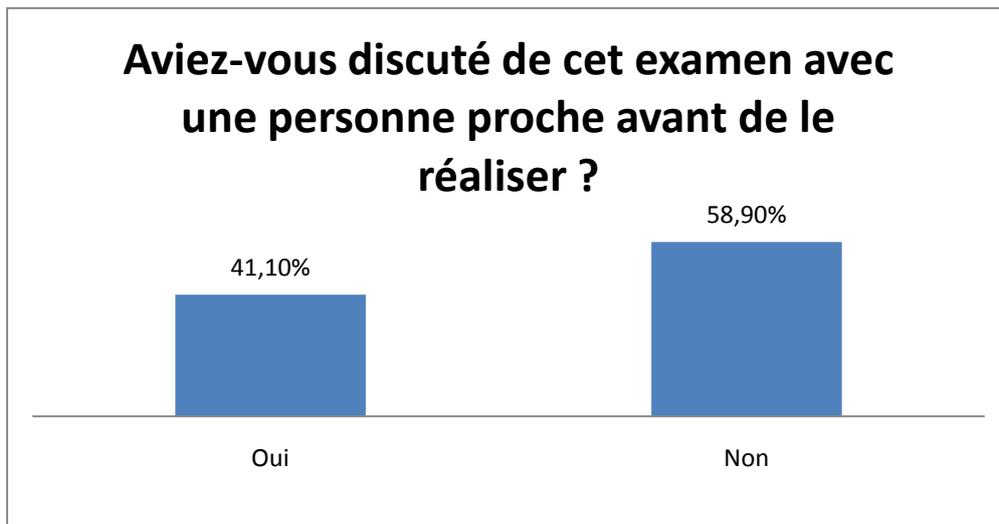
Explications données à la réponse « autres » concernant le motif de première consultation :

- ✓ Grossesse (8 réponses)
- ✓ Mycose vaginale (1 réponse)
- ✓ Dyspareunie (1 réponse)
- ✓ Attouchement, examen dans le cadre d'une procédure juridique (1 réponse)

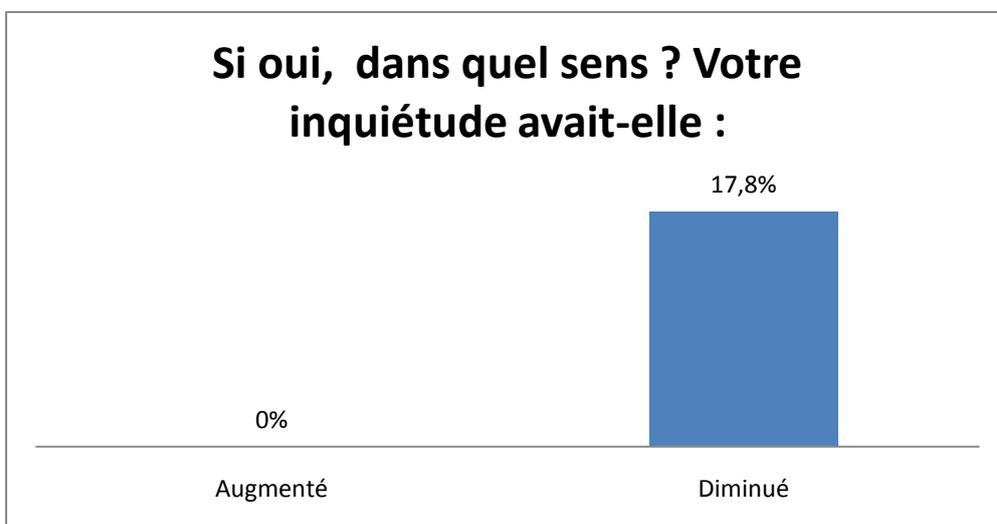
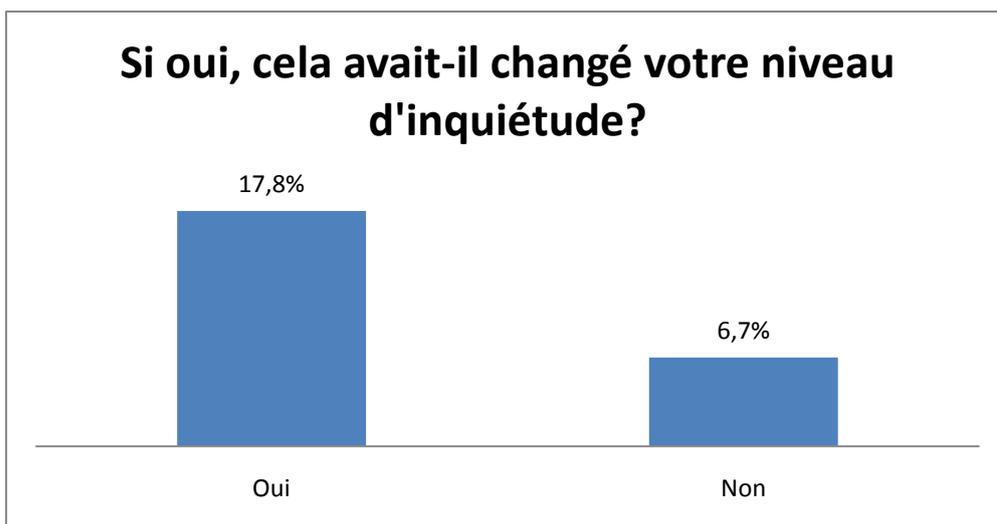
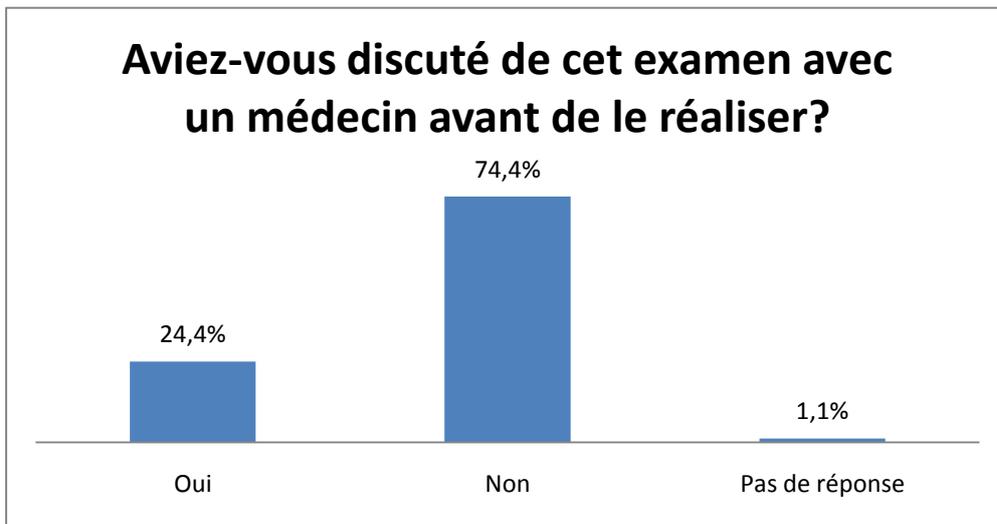
II 5.



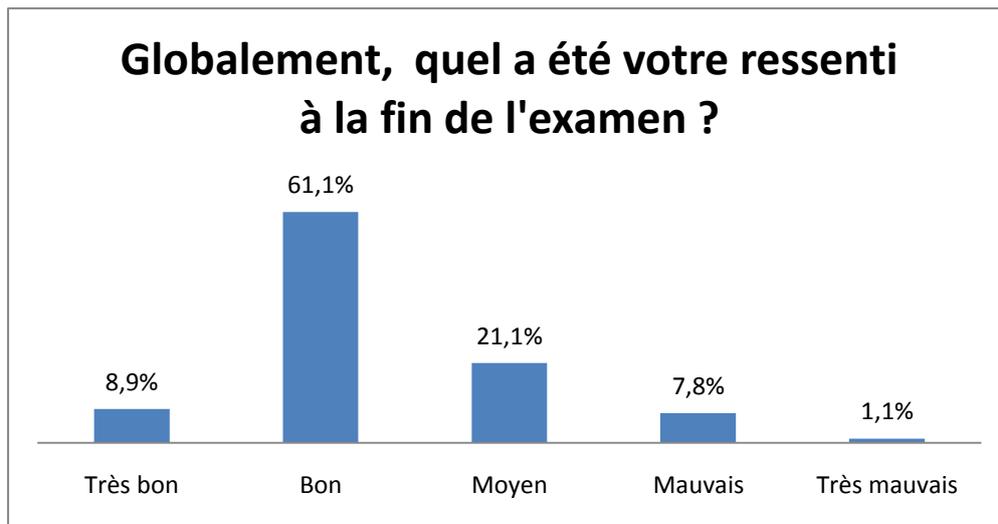
II 6.



II 7.



// 8.



Quelle que soit votre réponse, pour quelles raisons ?

Les explications données par les femmes concernant le *très bon ressenti* à la fin de l'examen sont :

- ✓ Examen simple
- ✓ Gentillesse du médecin
- ✓ Bonne écoute du médecin, bon contact, explications données sur l'examen et ses résultats
- ✓ Femme rassurée à l'issue de l'examen
- ✓ Pas de réponse (2 femmes)

Les explications données par les femmes concernant le *bon ressenti* la fin de l'examen sont :

- ✓ Pas de réponse (11 femmes)
- ✓ « Pas si terrible que ça » (10 femmes)
- ✓ Soulagée car « tout allait bien » (9 femmes)
- ✓ Médecin à l'écoute, employant des termes simples, informations et explications données (9 femmes)
- ✓ Examen non douloureux (8 femmes)
- ✓ Pas de mauvais souvenir
- ✓ Médecin doux et patient
- ✓ Examen pratiqué par une femme
- ✓ « Fièvre d'avoir passé cet examen car je suis pudique »
- ✓ « C'est le fait d'être enceinte qui m'inquiétait »

Les explications données par les femmes concernant leur *moyennement bon ressenti* à la fin de l'examen sont :

- ✓ Désagréable (5 femmes)
- ✓ Pas de réponse (5 femmes)
- ✓ Mal à l'aise, gêne du fait de la nudité (2 femmes)
- ✓ Médecin froid, examen expéditif (2 femmes)
- ✓ Le médecin n'a pas été doux
- ✓ Examen un peu douloureux
- ✓ Examen réalisé par un autre médecin (différent du médecin traitant)

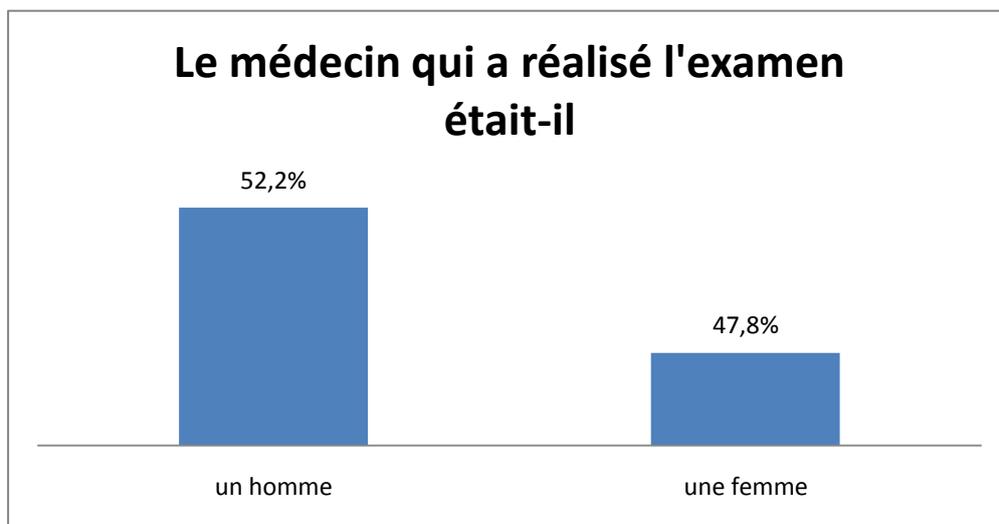
Les explications données par les femmes concernant leur *mauvais ressenti* à la fin de l'examen sont :

- ✓ Douleur (3 femmes)
- ✓ Tension physique
- ✓ Pudeur
- ✓ Peu de communication verbale
- ✓ « Le médecin parlait plus à ma mère qu'à moi »

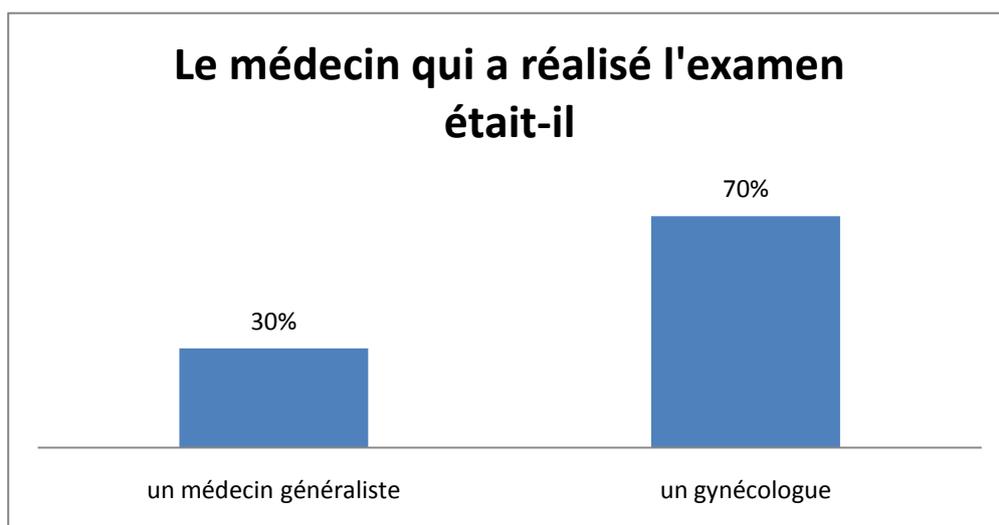
Les explications données par les femmes concernant leur *très mauvais ressenti* à la fin de l'examen sont :

- ✓ Trop jeune âge (12 ans)
- ✓ Contexte d'interruption volontaire de grossesse
- ✓ Contexte d'attouchement sexuel

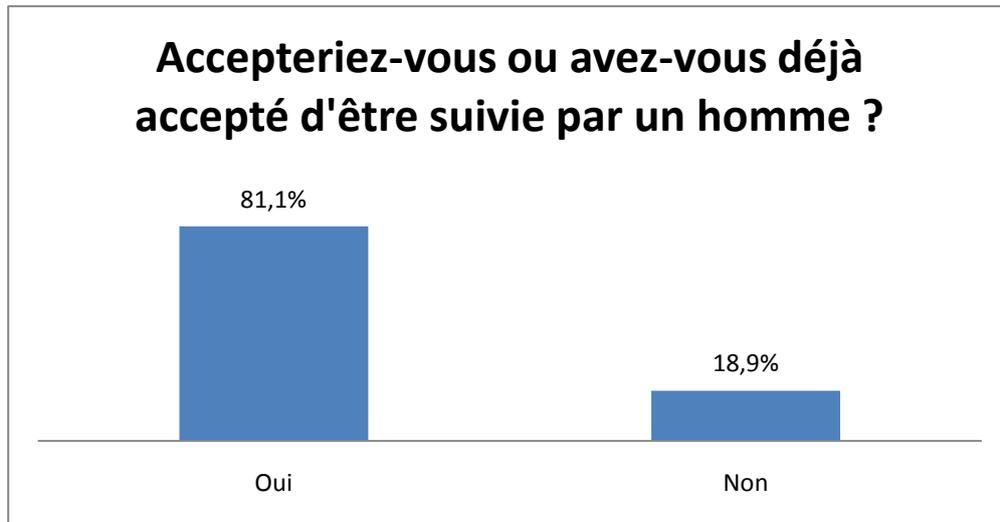
II.9



II.10



// 11.



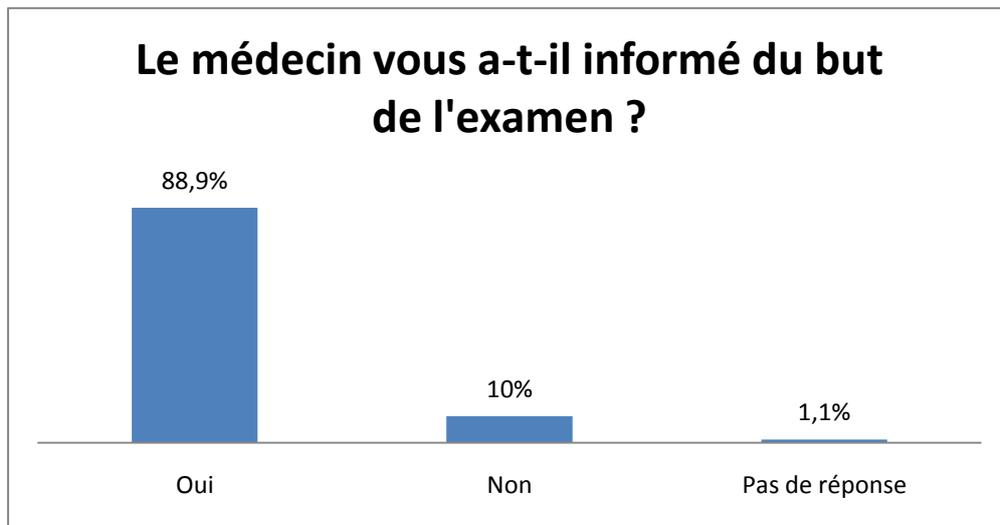
Si non, pour quelles raisons ?

- ✓ Gênée (2 femmes)
- ✓ Pudeur (2 femmes)
- ✓ Rapport homme/femme (sans autre explication donnée) (2 femmes)
- ✓ « Avec une femme le contact passe mieux, elle est plus à même de comprendre les problèmes et les sensations engendrées par l'examen »
- ✓ Mal à l'aise
- ✓ « Je préfère une femme » (sans autre explication)
- ✓ « Je ne suis pas rassurée avec un homme » (motif religieux)

Deux femmes qui n'ont pas compris le sens de la question et pour qui le fait d'être examinée par un homme ne pose pas problème ont donné comme raisons :

- ✓ « Je suis plus à l'aise avec un homme » (sans autre explication)
- ✓ « Je préfère être examinée par mon médecin généraliste homme avec qui j'ai établi une relation de confiance »

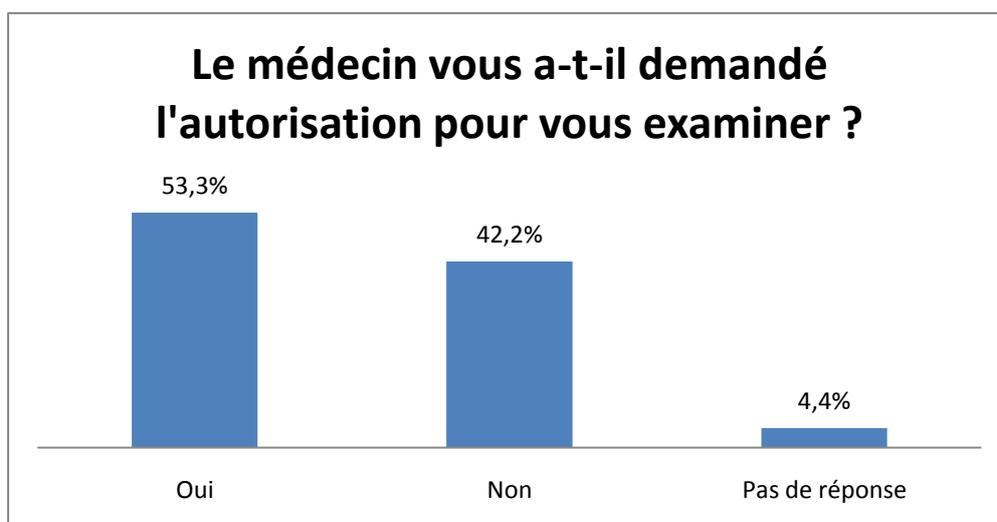
// 12.



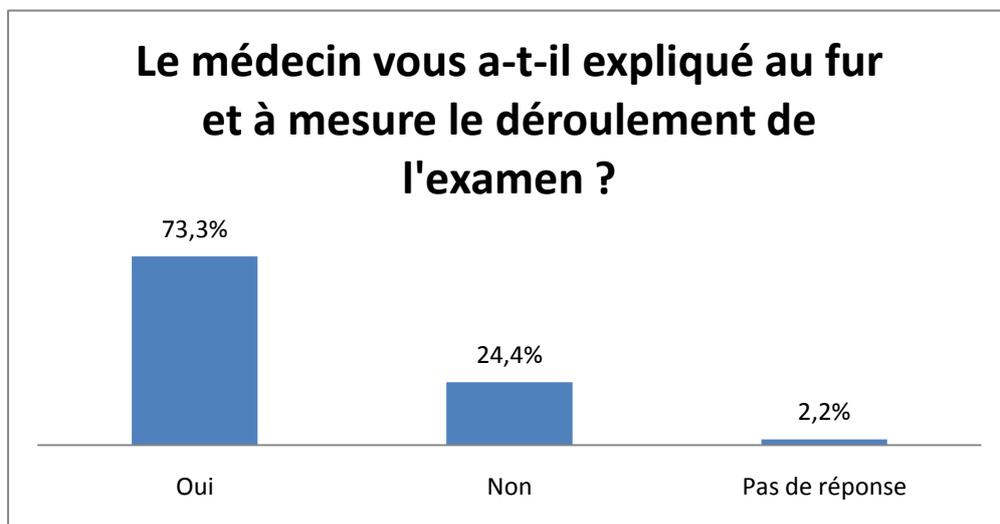
Si votre réponse est non, pour vous quel était le but de l'examen ?

- ✓ « Pour demander la pilule »
- ✓ « Pour avoir des conseils »
- ✓ « Pour vérifier que tout est normal »
- ✓ « Parce que j'avais un doute sur une grossesse »

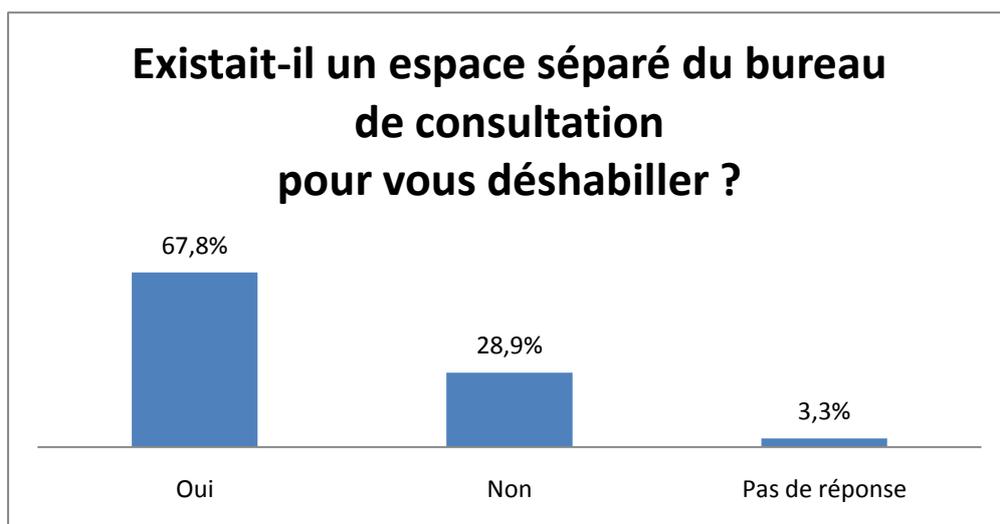
// 13.



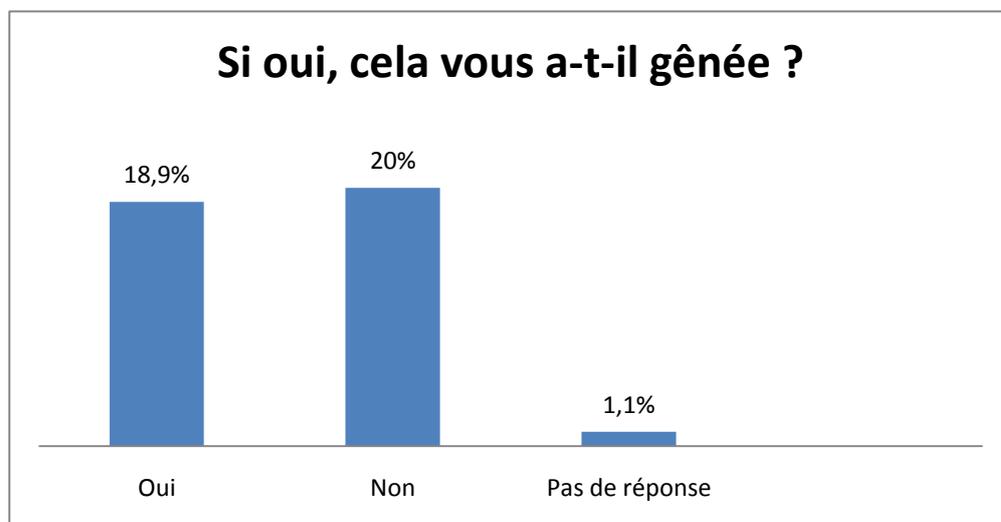
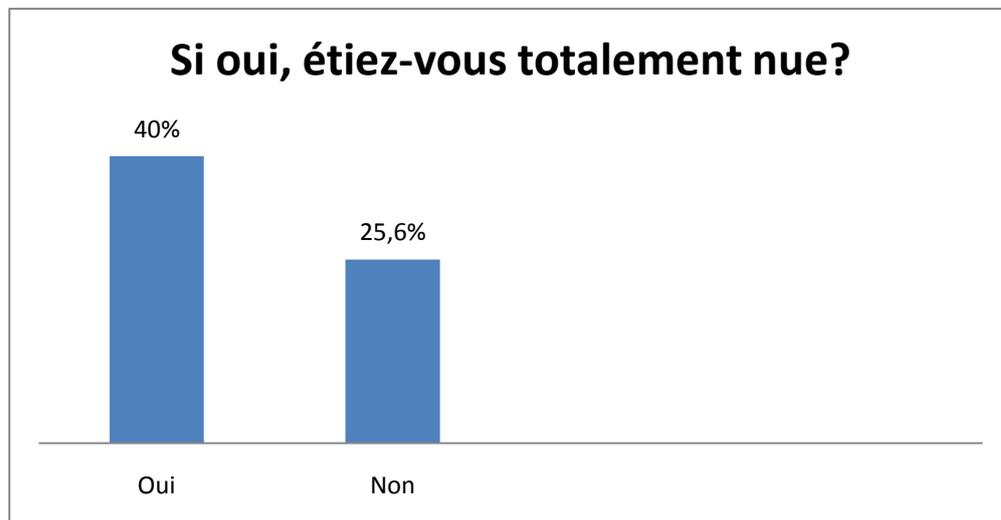
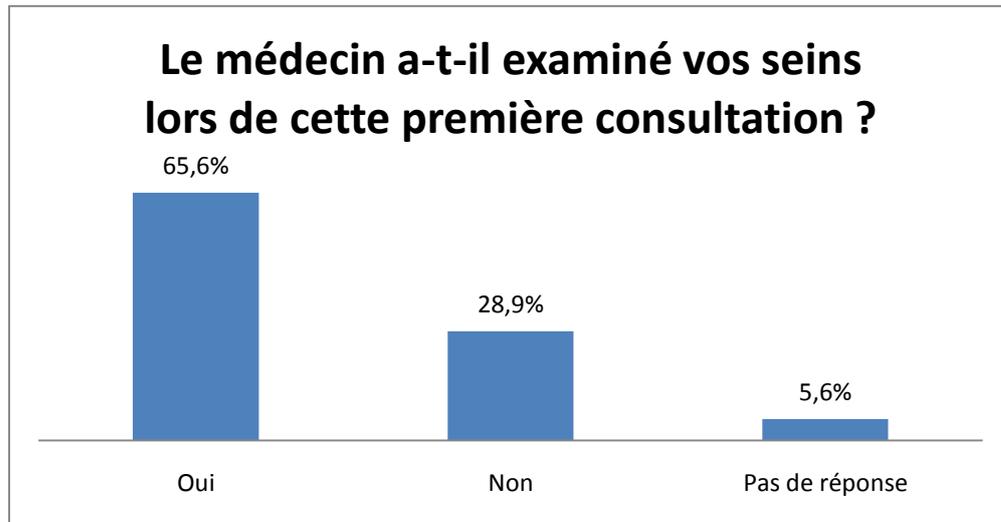
II 14.



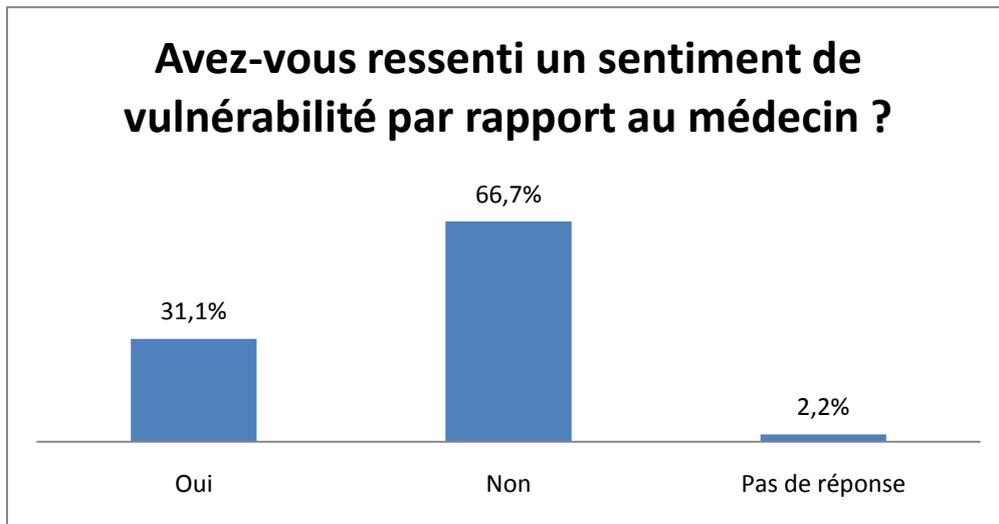
II 15.



// 16.



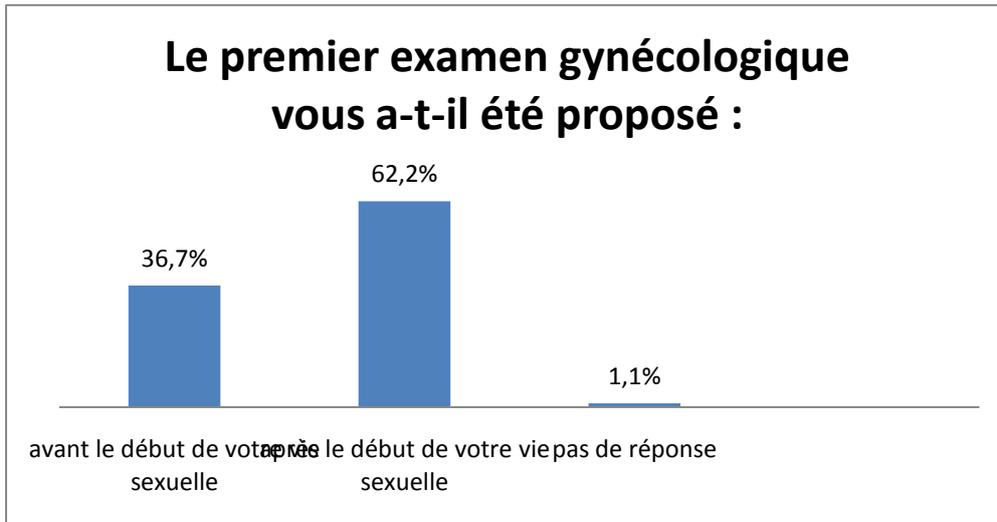
// 17.



Si oui, pour quelles raisons ?

- ✓ « Le fait d'être nue » (7 femmes)
- ✓ « La position durant l'examen », « situation d'exposition des parties intimes », « jambes écartées » (5 femmes)
- ✓ « Sensation d'infériorité », « je me suis sentie déstabilisée », « on se sent rabaissée, à la merci de la personne », « sentiment d'impuissance » (5 femmes)
- ✓ « Le médecin ne mettait pas à l'aise », « mauvais contact avec le médecin » (3 femmes)
- ✓ « Mon jeune âge » (2 femmes)
- ✓ « Je ne savais pas en quoi consistait l'examen et c'était un homme » (2 femmes)
- ✓ « Jugement péremptoire du médecin sur mon anatomie »
- ✓ « Angoisse provoquée par les problèmes à l'origine de la consultation et le fait que je ne comprenais pas tout »

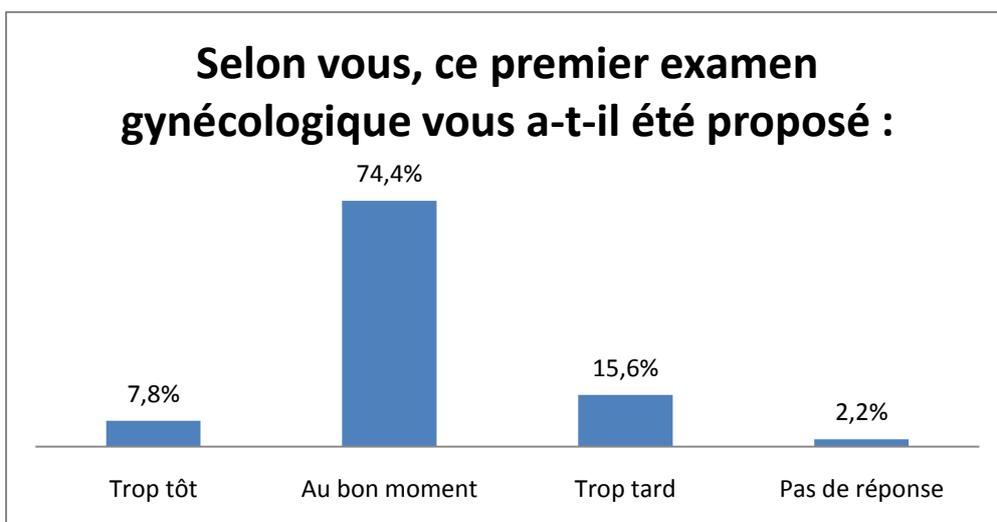
// 18.



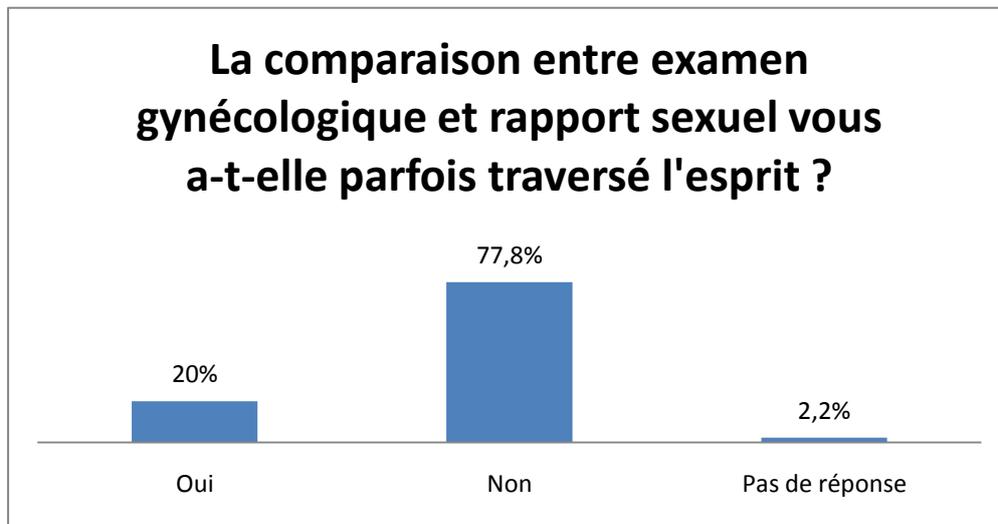
Si votre réponse est b) combien de temps approximativement après ?

Le délai moyen entre le début de la vie sexuelle et la réalisation du premier examen gynécologique est d' environ : 1 an et demi. La dispersion est [1mois ;6ans]

// 19.



II 20.



Quelle que soit votre réponse pourquoi ?

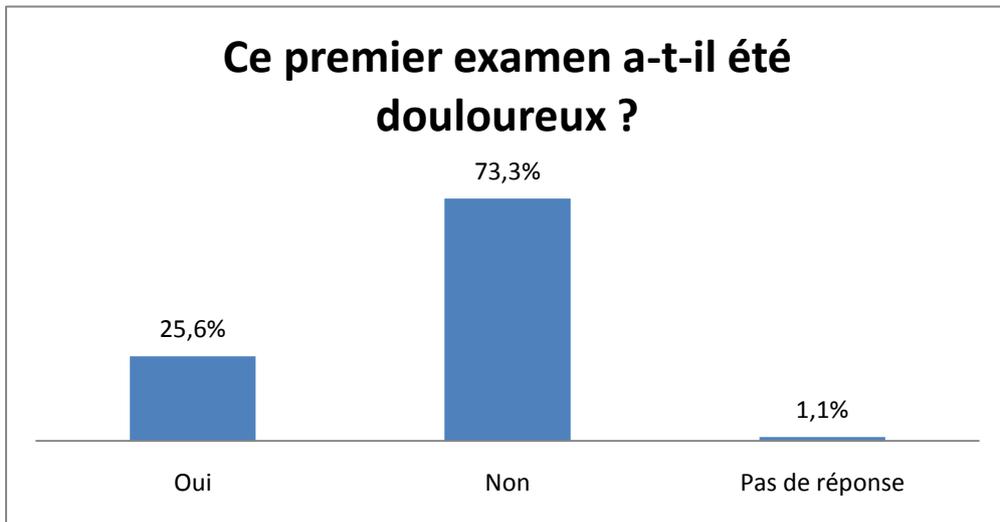
Oui

- ✓ « Du fait de la position » (2 femmes)
- ✓ « A cause du toucher vaginal »
- ✓ « Face à l'inconnu »
- ✓ « Pas envie d'y penser »
- ✓ « Nudité »
- ✓ « Pénétration », « côté intrusif du speculum, du toucher vaginal, le fait que ça passe dans le vagin)
- ✓ « Proximité physique »

Non

- ✓ Aucun rapport (29 femmes)
- ✓ Acte médical (6 femmes)
- ✓ « Aucun rapport, j'étais loin de m'imaginer un rapport sexuel à cet âge, le médical a toujours prévalu »
- ✓ « Je connais la différence »
- ✓ « Un médecin reste un médecin et non pas un amant »
- ✓ « Oui pour la maladie »

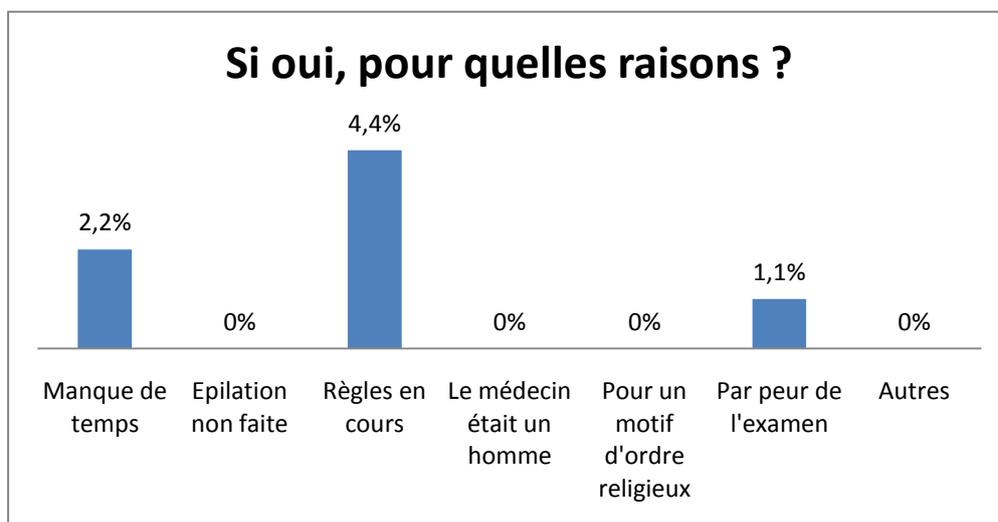
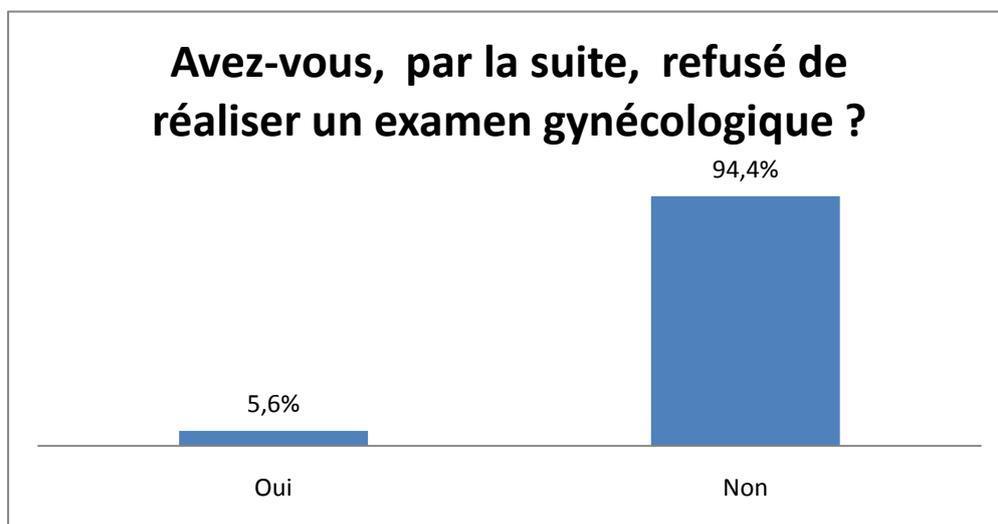
// 21.



Si oui, d'après-vous pour quelles raisons ?

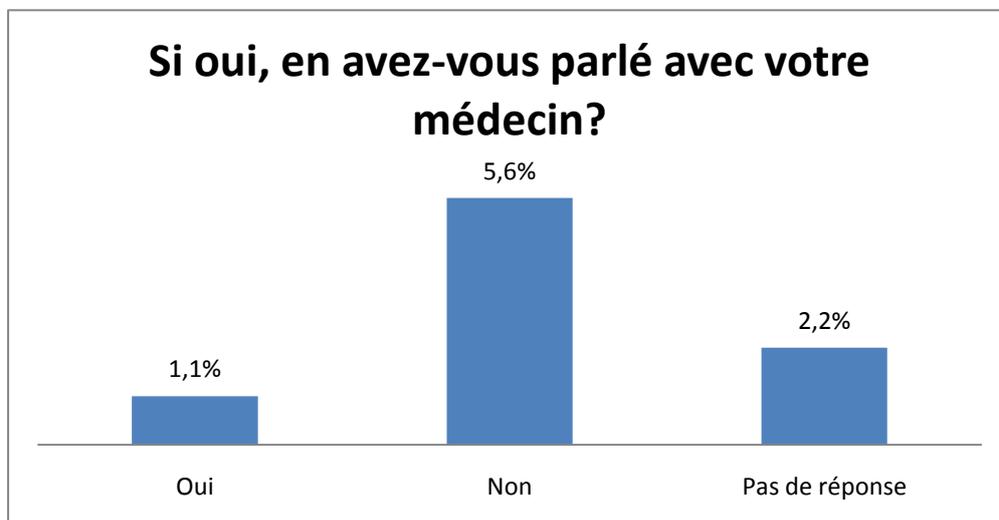
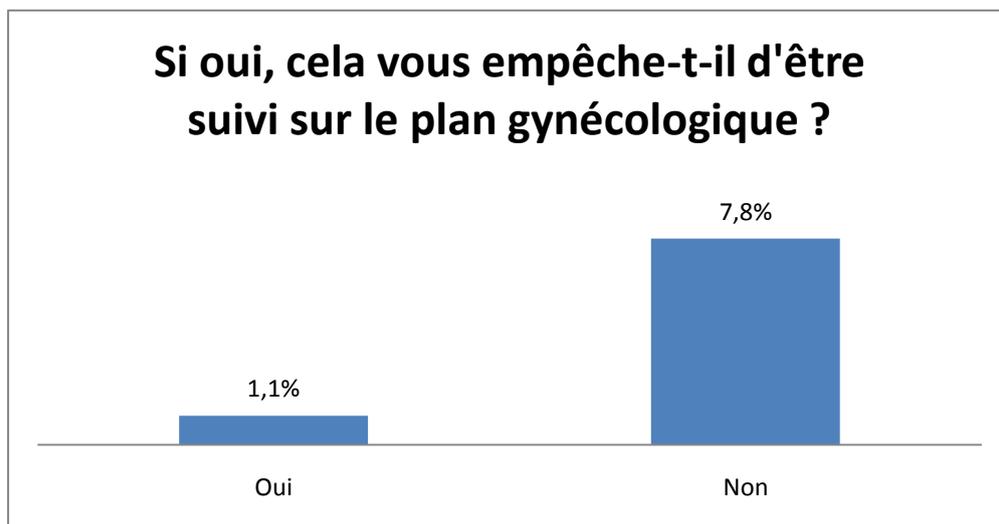
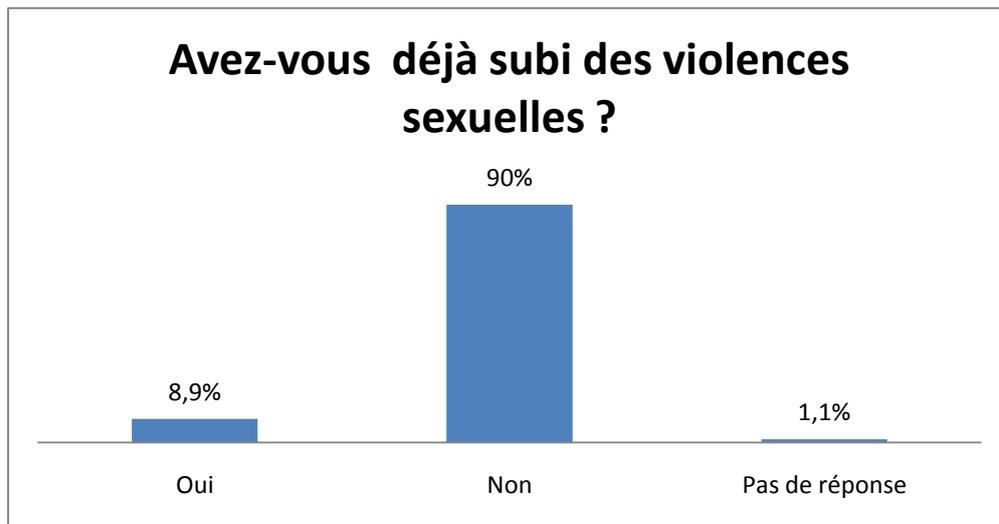
- ✓ « J'étais stressée », « nervosité », « crispation » (13 femmes)
- ✓ « J'étais vierge » (3 femmes)
- ✓ « Travail à la chaîne, médecin femme non douce »
- ✓ « Sensations occasionnées »

II 22.



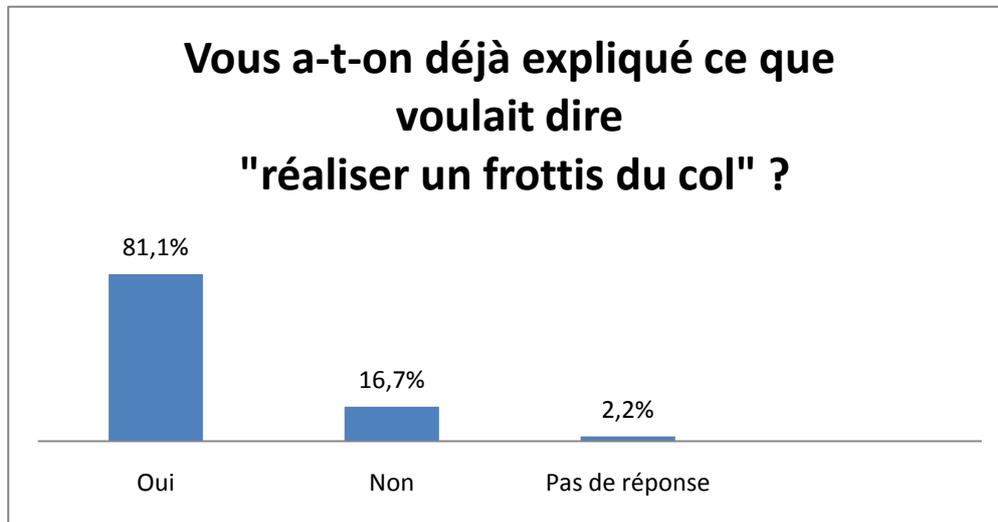
La personne qui a répondu « f » à la question précédente, a donné comme explication : « j'avais honte que l'on me regarde nue »

// 23.



2.c. Anatomie , perspectives

III 1.



Comment le décririez-vous à une amie si elle vous demandait des informations ?

« Il s'agit d'un prélèvement de sécrétions sur le col de l'utérus », « prélèvement de cellules », « prélèvement de muqueuse » (35 femmes)

« ça ne fait pas mal et c'est pour savoir si tu as des problèmes comme le cancer », « le frottis permet de savoir s'il n'y a pas d'infection » (6 femmes)

« Permet de savoir si tout est normal »

« Mettre un tube dans le vagin pour prélever quelque chose »

« Protection contre les IST »

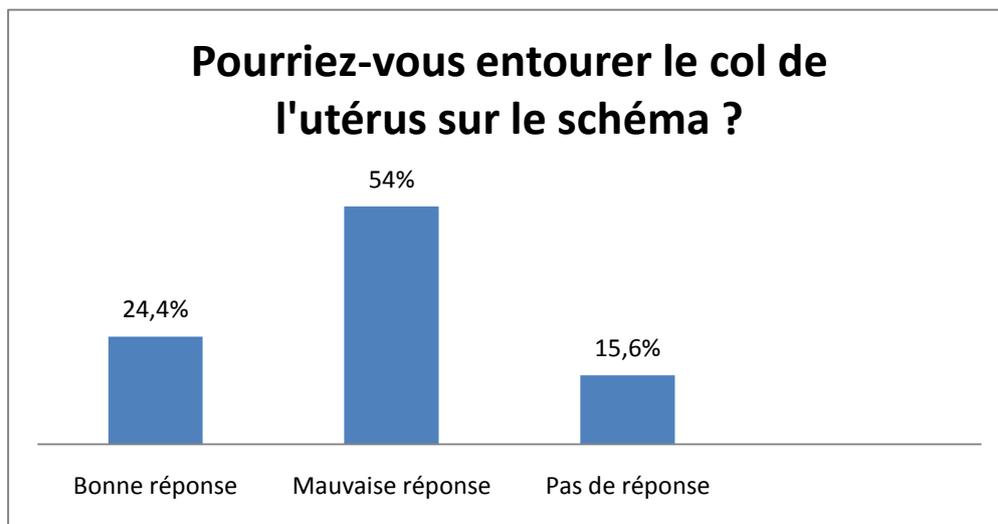
« C'est peu douloureux et doit être réalisé dans un cadre préventif », « ce n'est pas grand-chose, c'est l'appréhension qui fait croire que ça fait mal »

« Douloureux, on arrache des cellules »

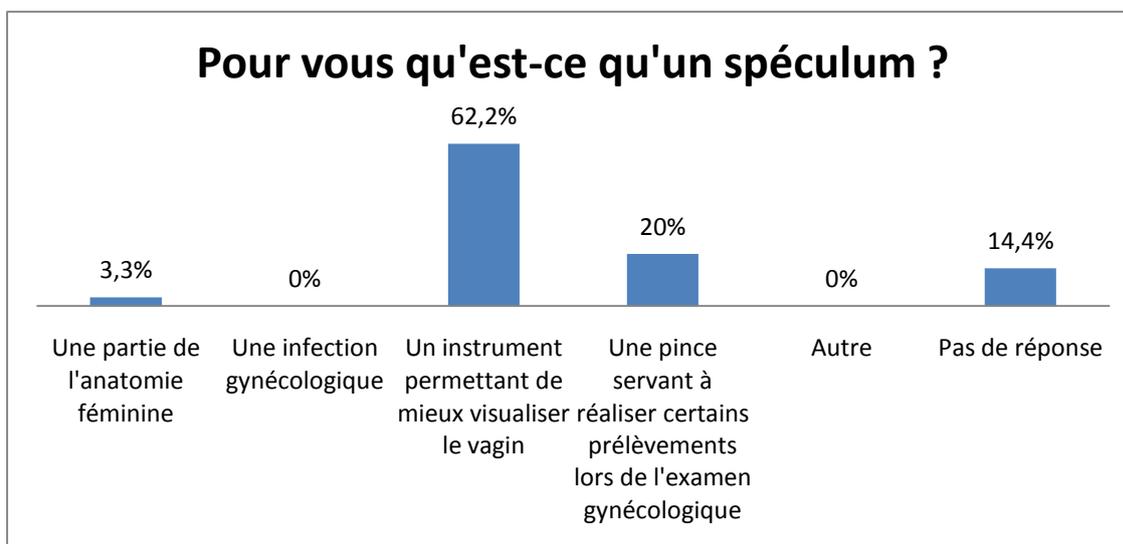
« C'est pas agréable du tout, c'est un prélèvement pour analyse, mais analyser quoi... »

« ça sert à voir comment sont les ovaires, l'utérus... »

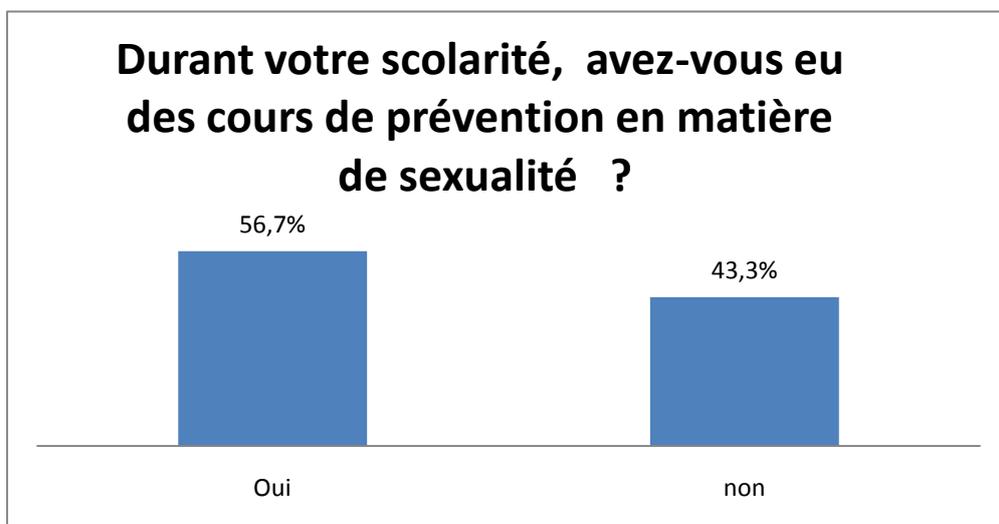
III 2.



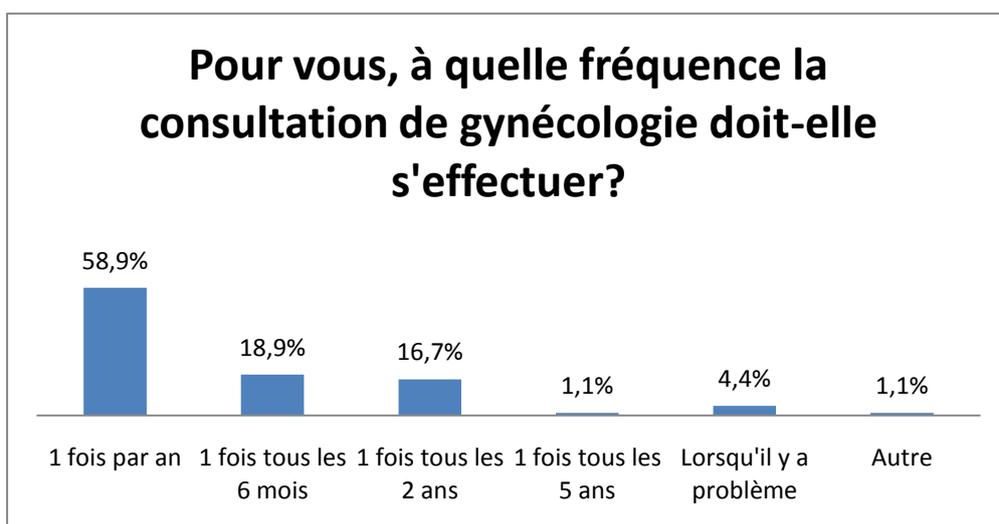
III 3.



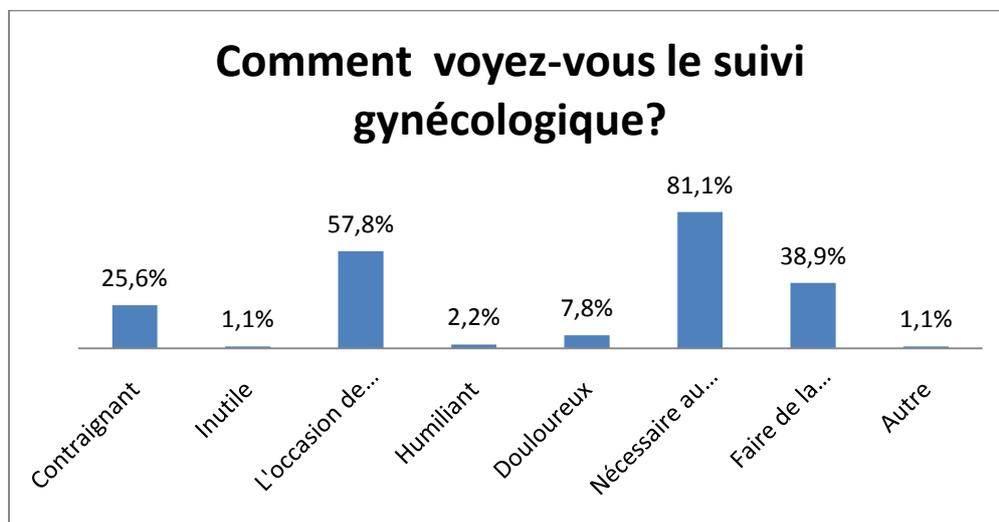
III 4.



III 5.



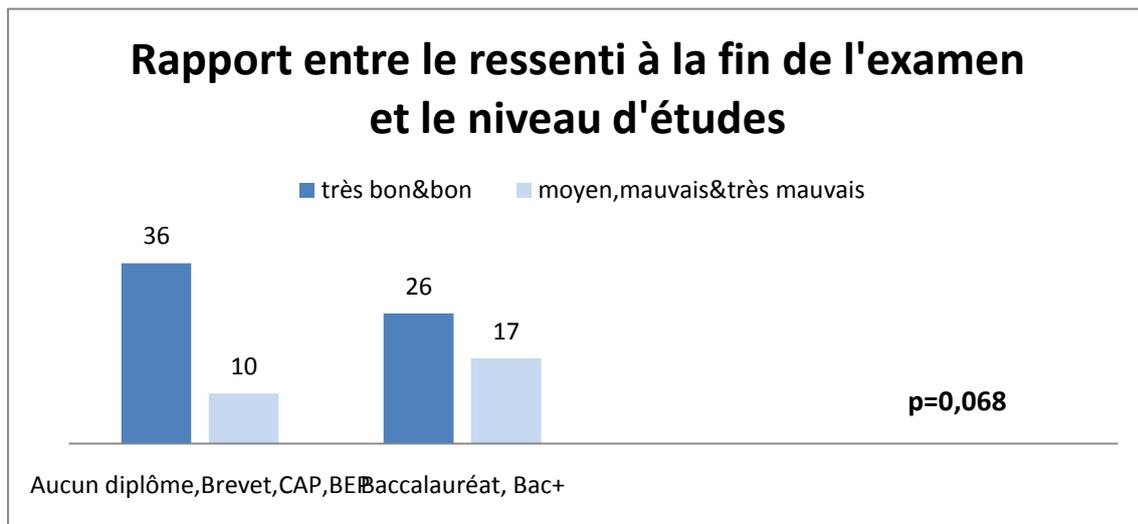
III 6.



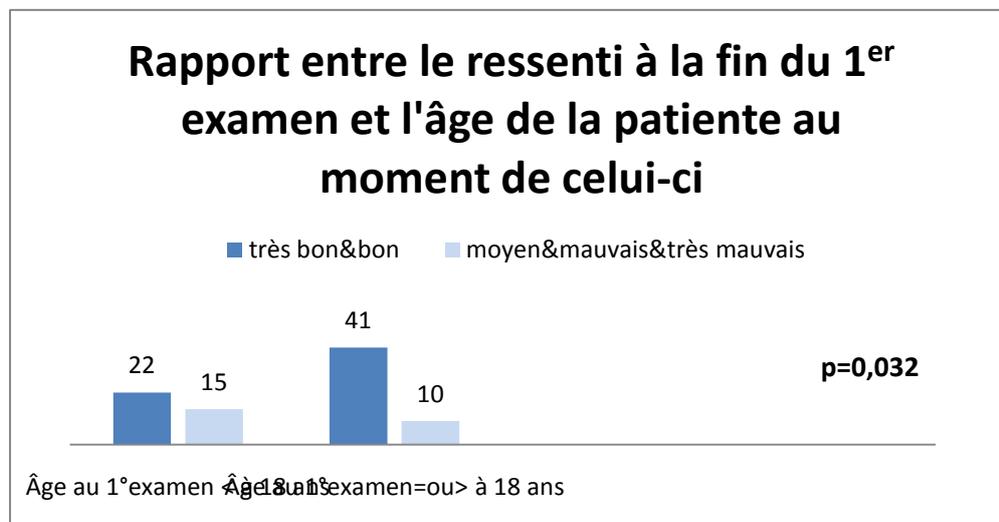
2. Les déterminants du vécu du premier examen gynécologique

2.a. Quels sont les facteurs pouvant influencer sur le ressenti à l'issue de l'examen ?

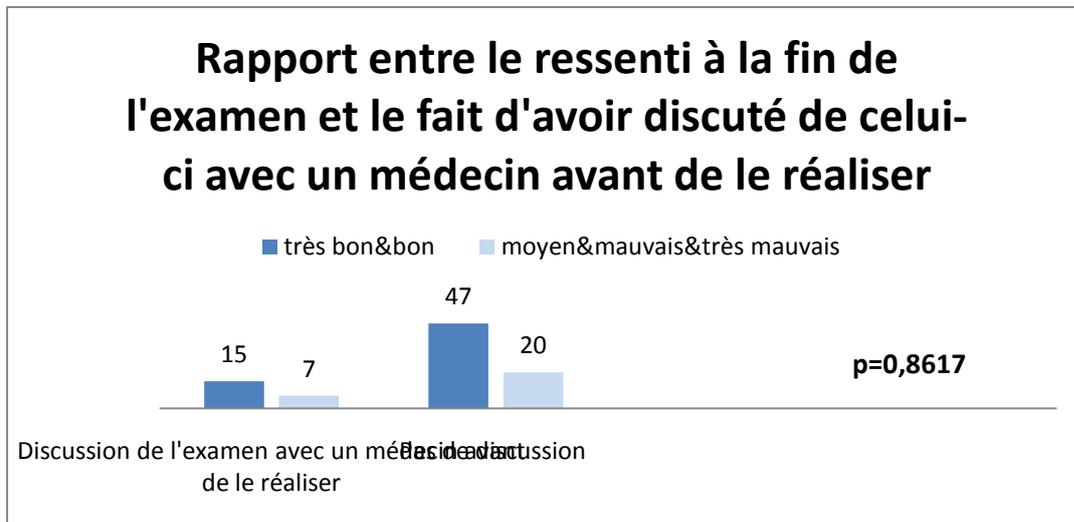
Le niveau d'études



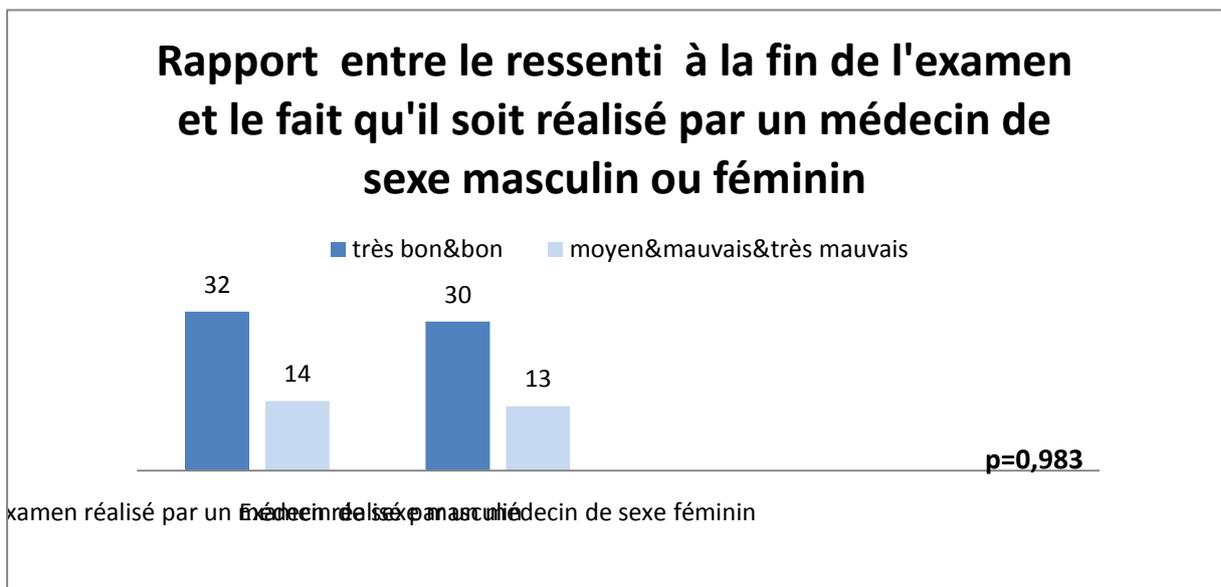
L'âge de la patiente au moment de son premier examen gynécologique



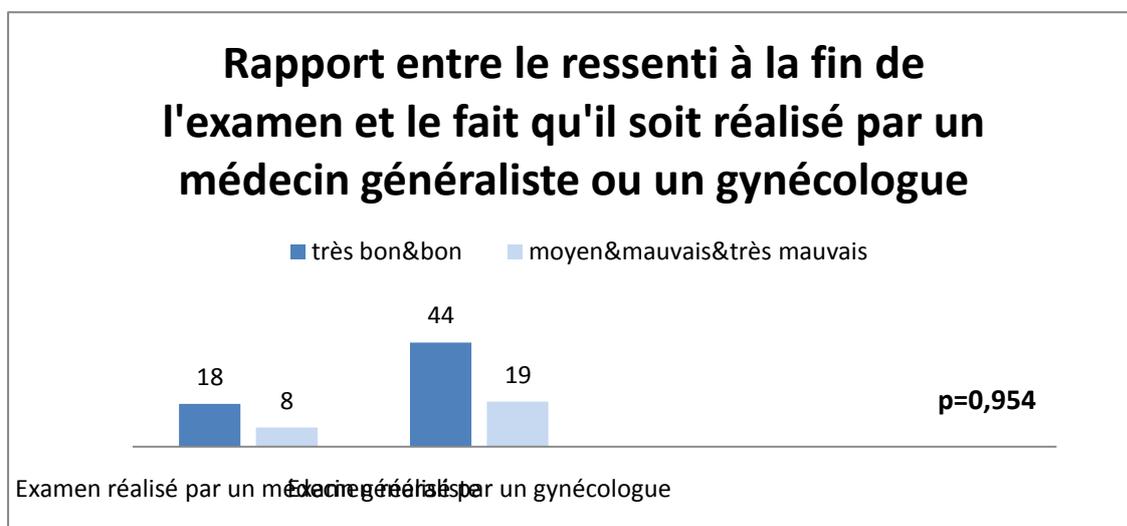
Le fait de discuter de l'examen avec un médecin avant de le réaliser



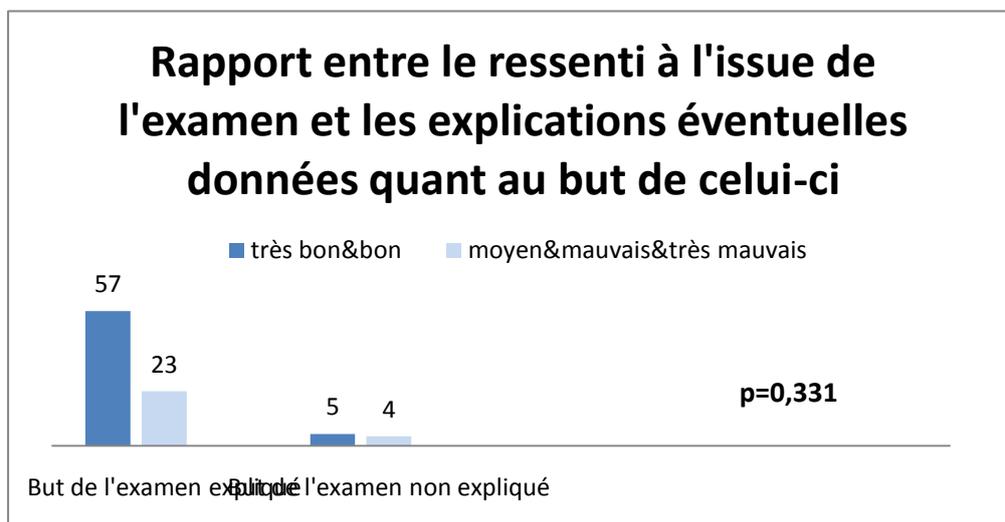
Le sexe du médecin



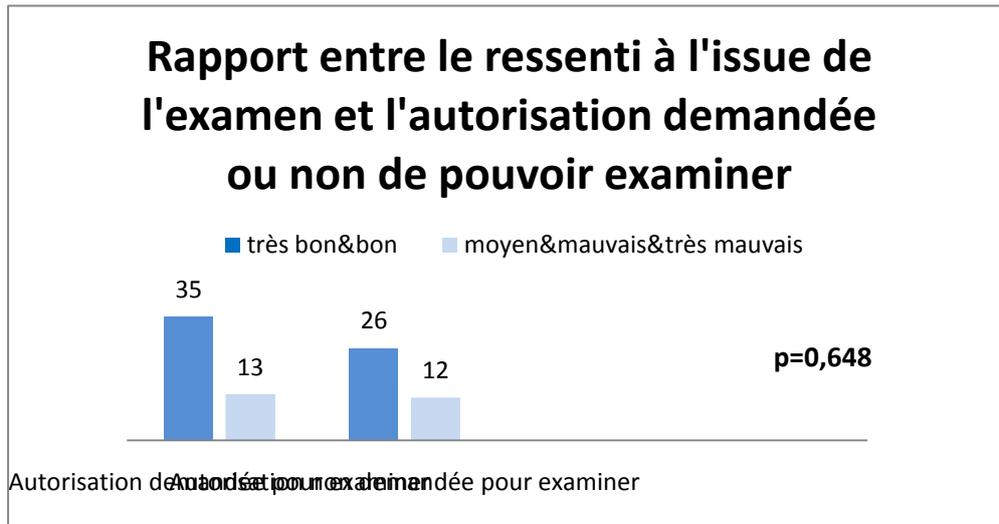
La spécialité du médecin : généraliste ou gynécologue



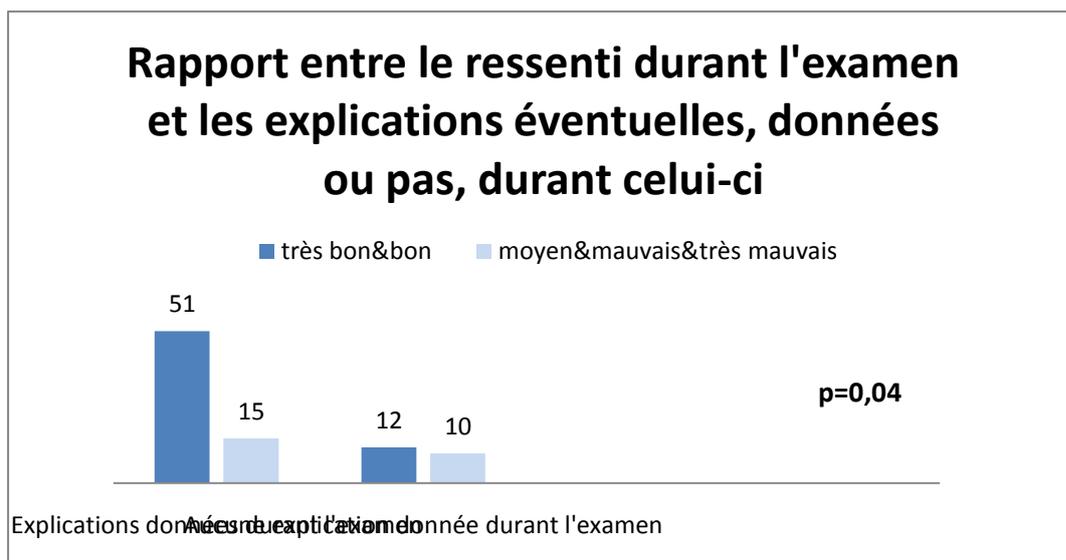
Informations données quant au but de l'examen



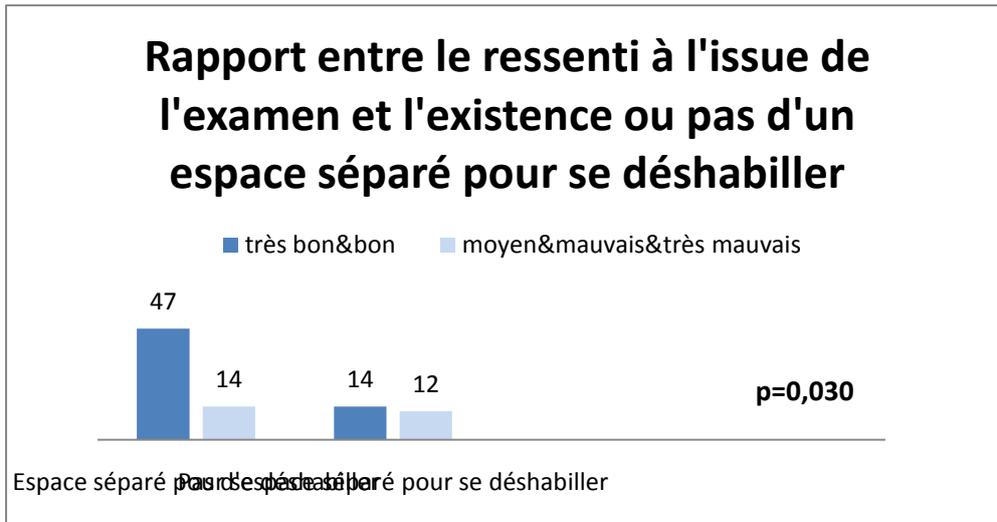
Autorisation demandée ou non à la patiente pour pouvoir l'examiner



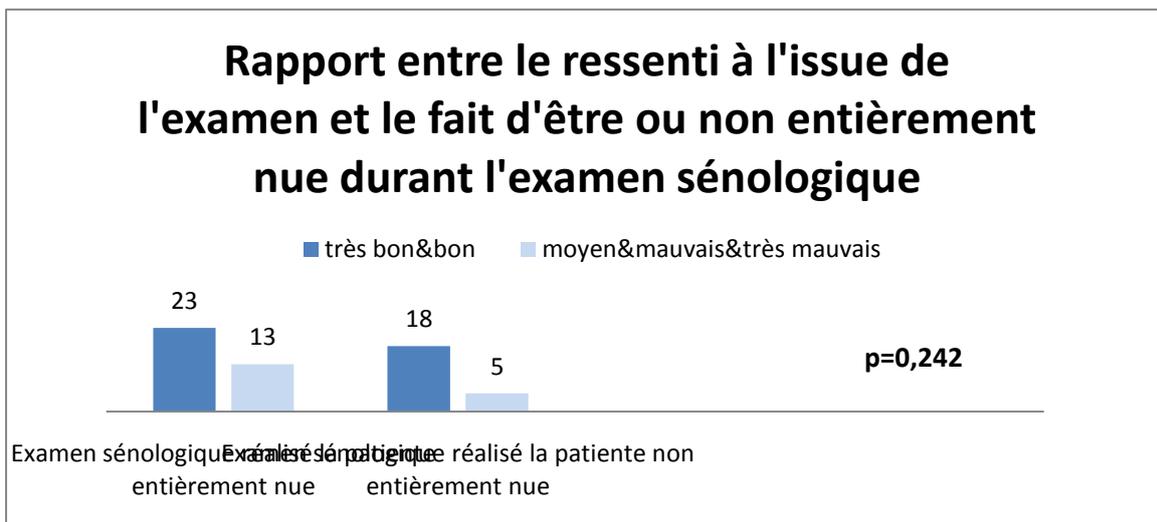
Explications données ou pas, à la patiente au fur et à mesure de l'examen



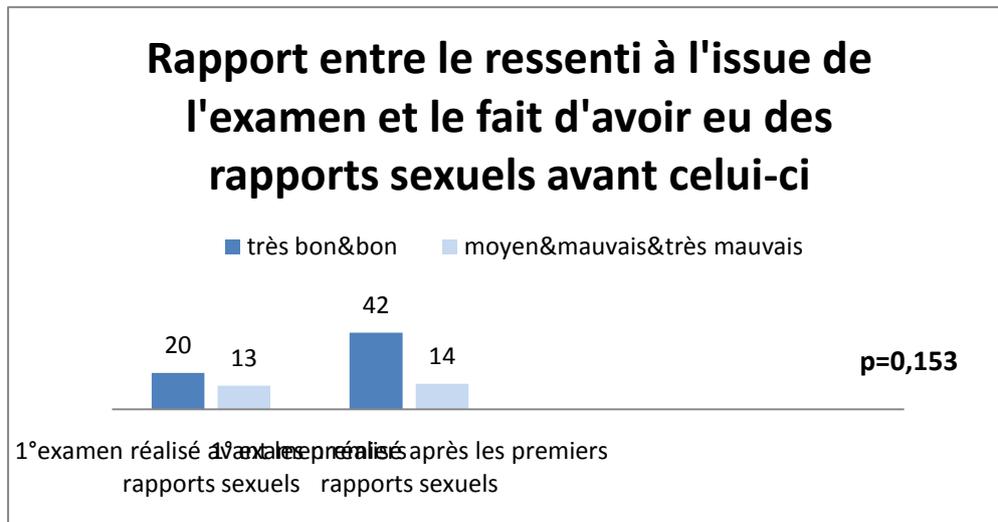
Existence ou pas d'un espace séparé pour se déshabiller



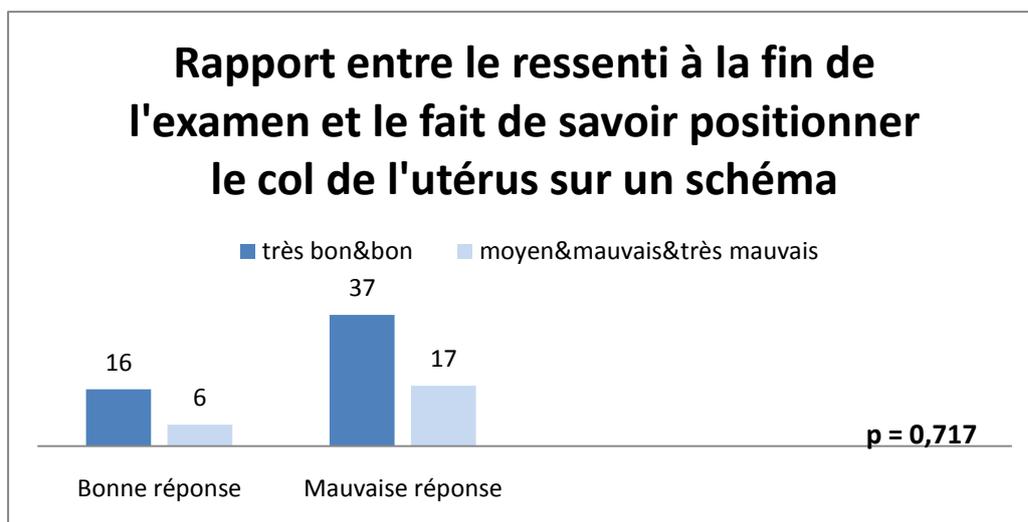
Examen sénologique réalisé entièrement nue ou pas



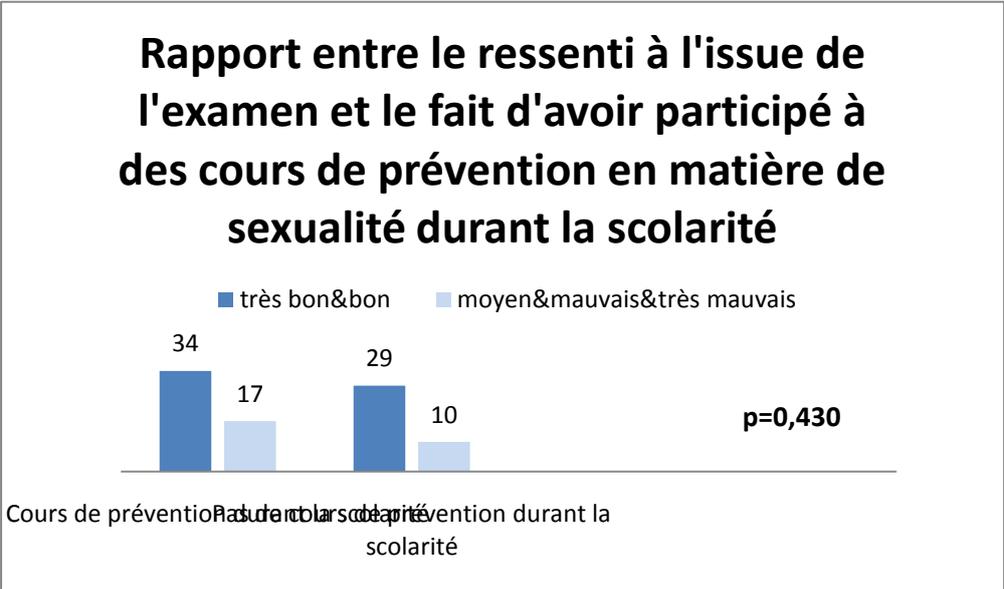
Le début de la vie sexuelle



La connaissance de son anatomie

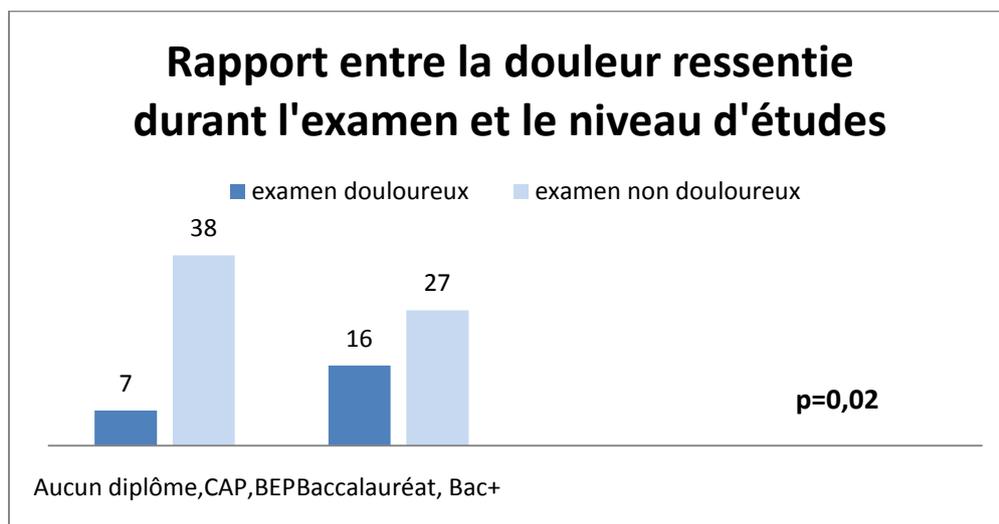


Participation à des cours de prévention en matière de sexualité

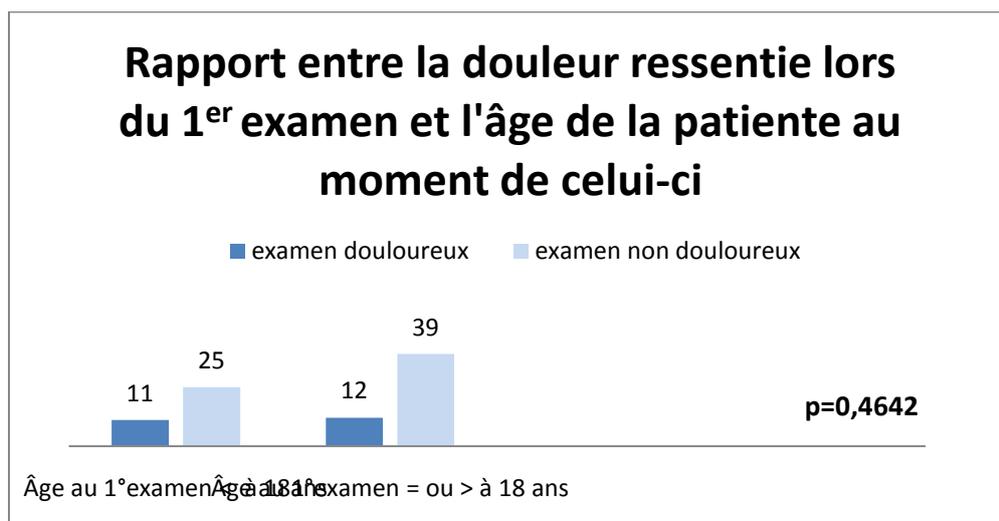


2.b. Quels sont les facteurs pouvant expliquer un premier examen gynécologique douloureux ?

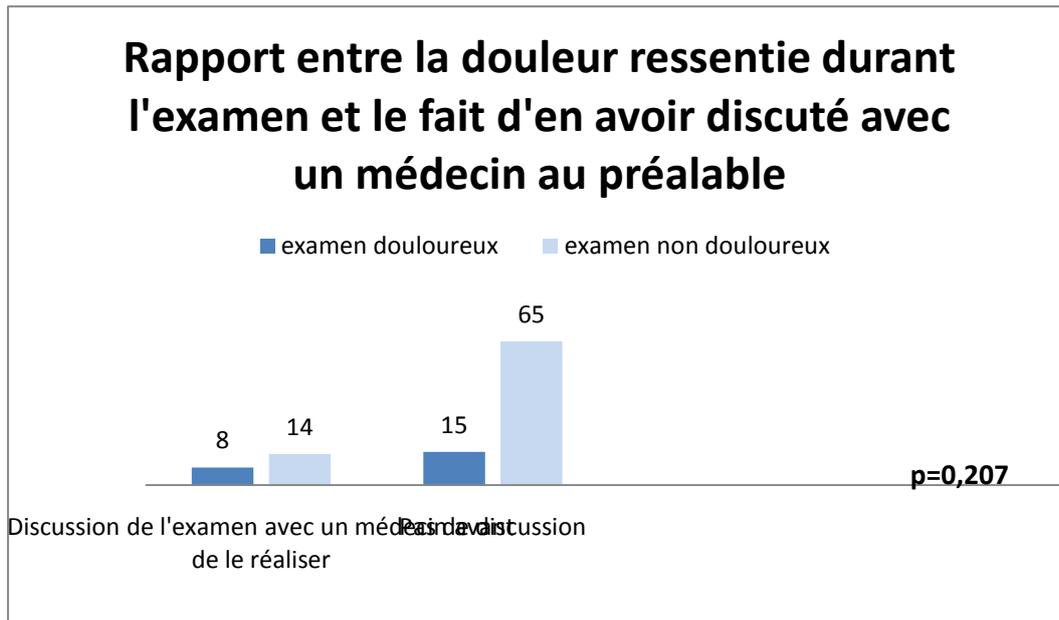
Le niveau d'études



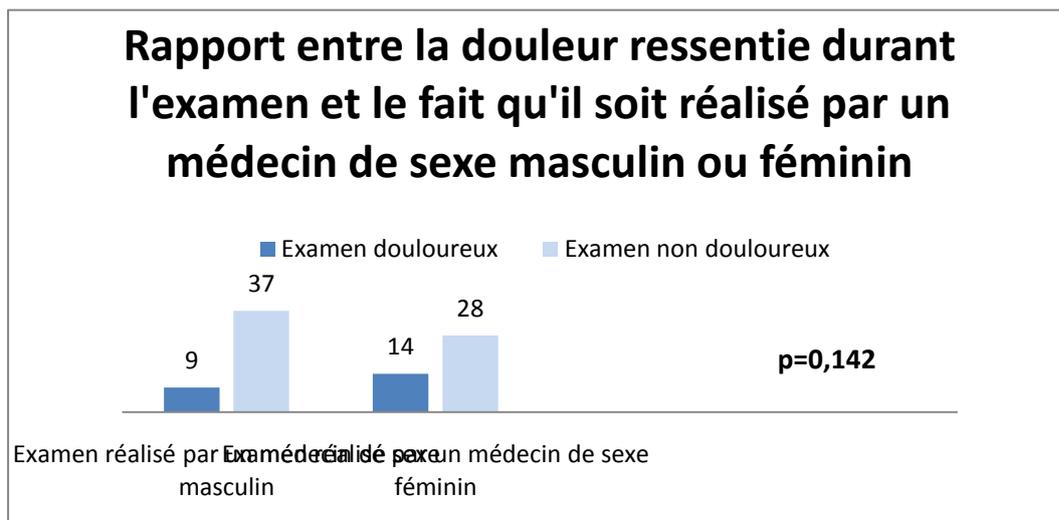
L'âge de la patiente au moment de son premier examen gynécologique



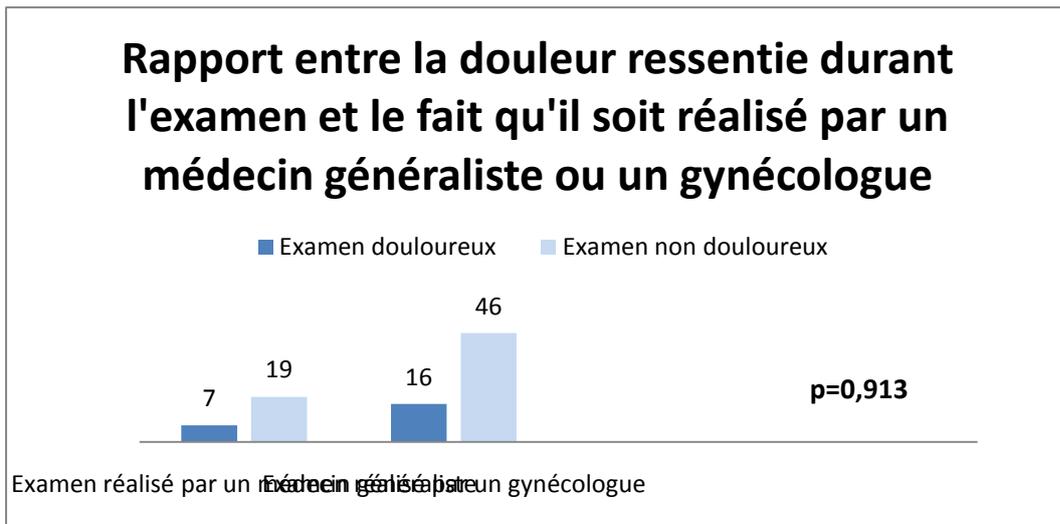
Le fait de discuter de l'examen avec un médecin avant de le réaliser



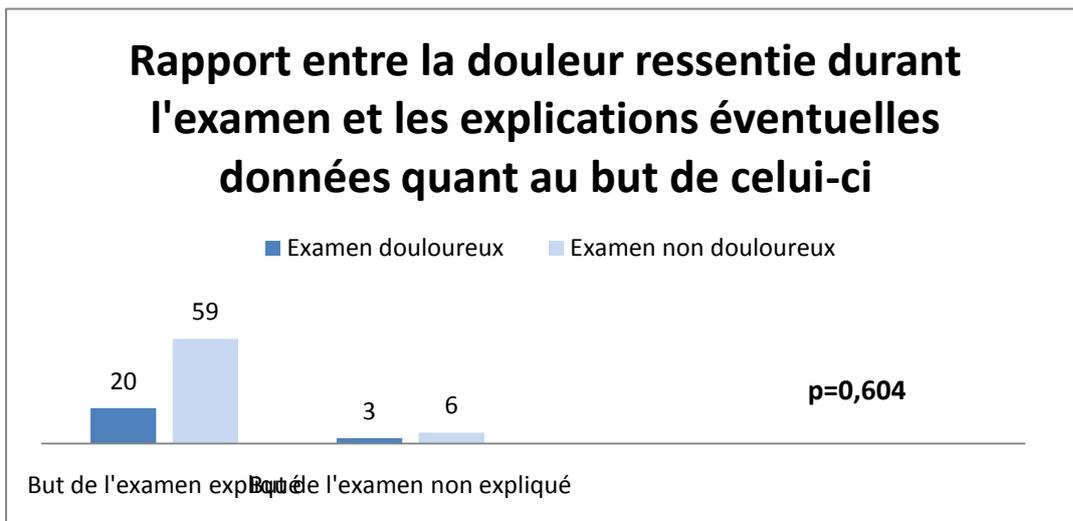
Le sexe du médecin



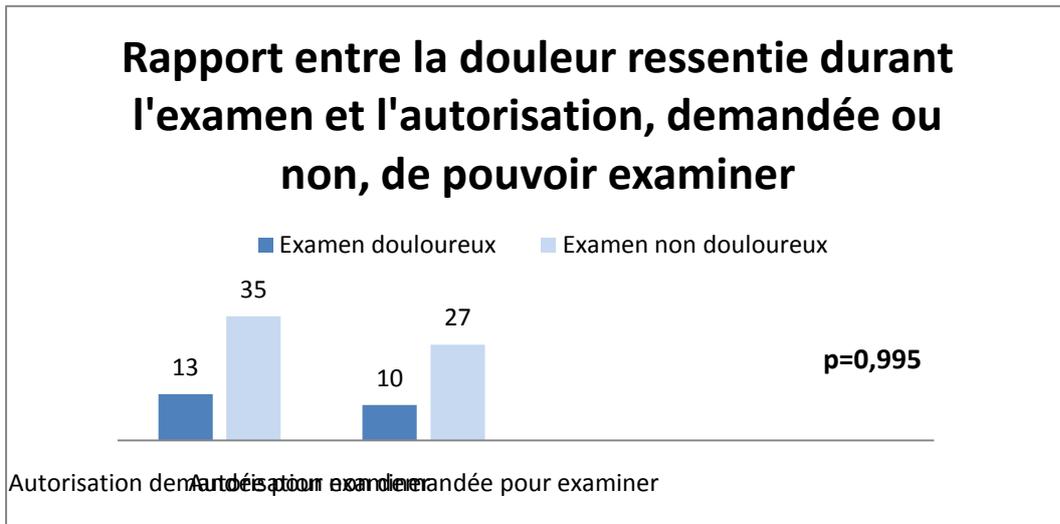
La spécialité du médecin : généraliste ou gynécologue



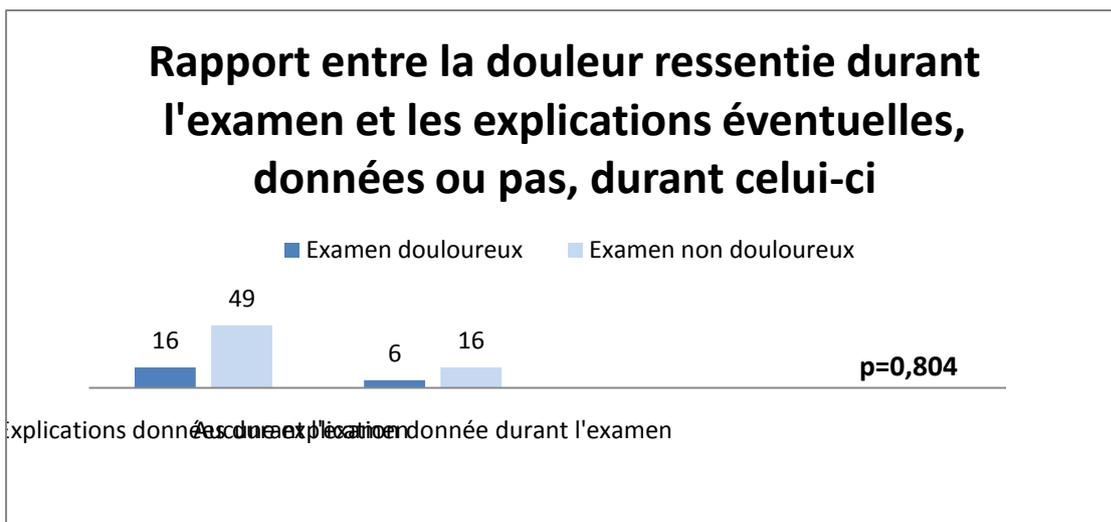
Informations données quant au but de l'examen



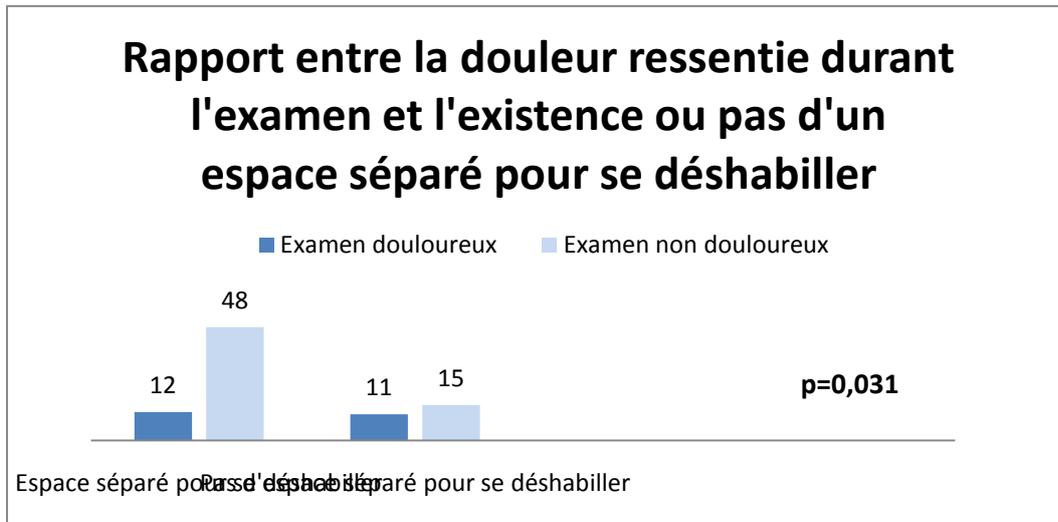
Autorisation demandée ou non à la patiente pour pouvoir l'examiner



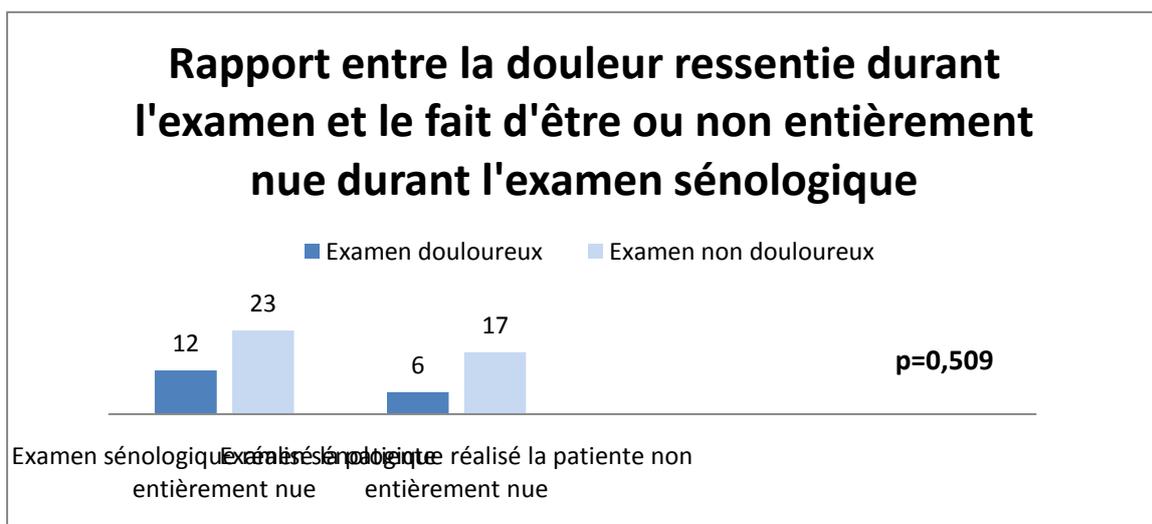
Explications données ou pas, à la patiente au fur et à mesure de l'examen



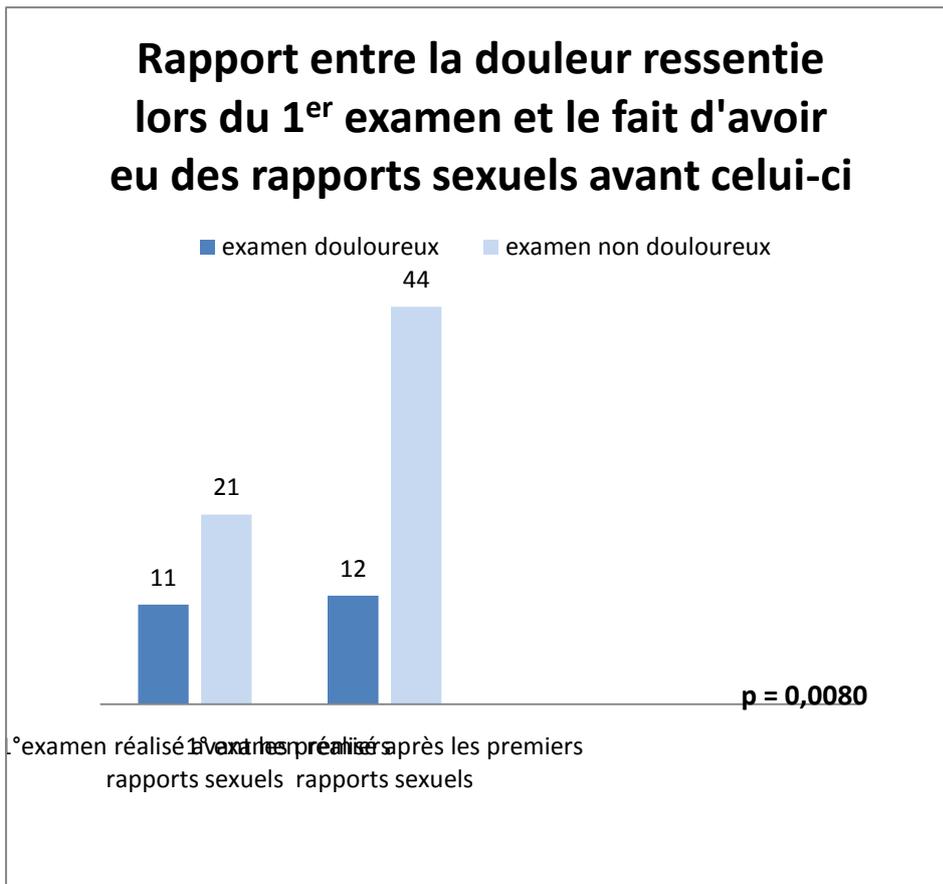
Existence ou pas d'un espace séparé pour se déshabiller



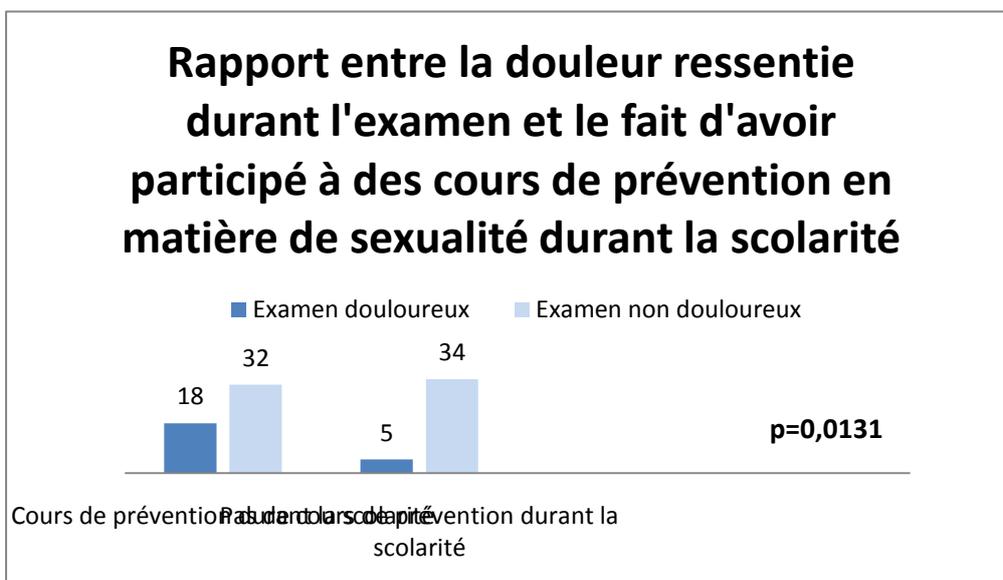
Examen sénologique réalisé entièrement nue ou pas



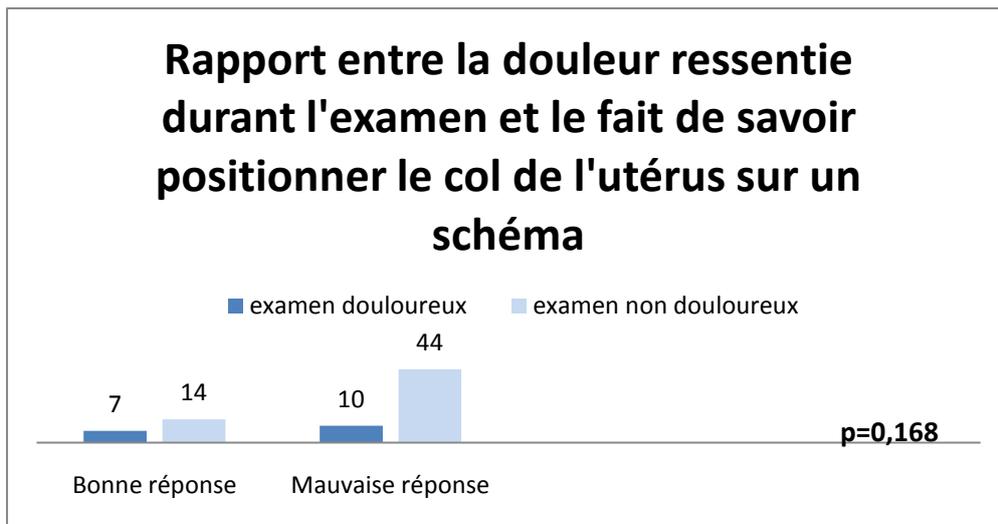
Le début de la vie sexuelle



Participation à des cours de prévention en matière de sexualité

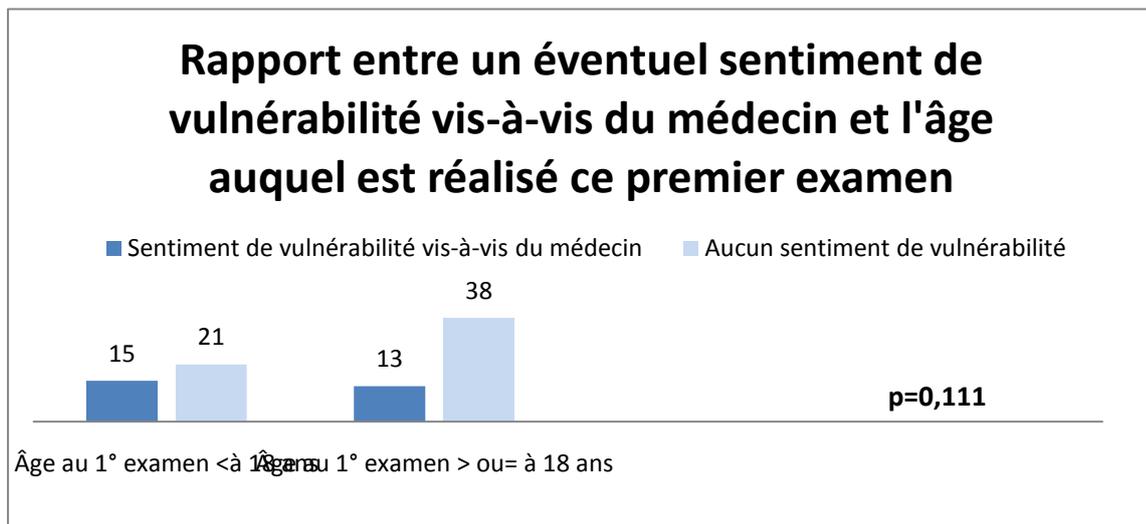


La connaissance de son anatomie

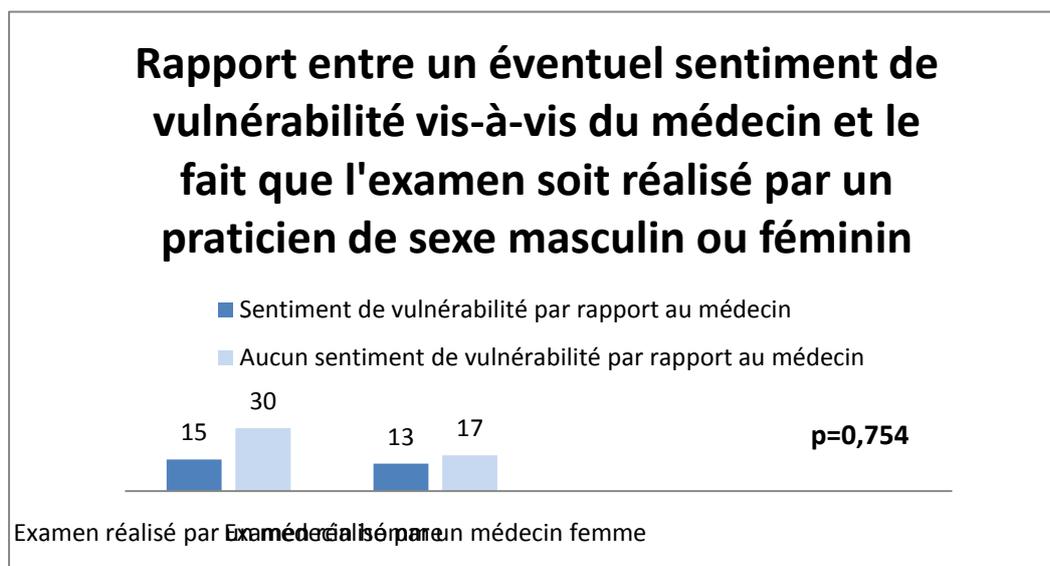


2.c. Quels sont les facteurs pouvant influencer durant l'examen sur un possible sentiment de vulnérabilité vis-à-vis du médecin ?

L'âge de la patiente au moment de son premier examen gynécologique

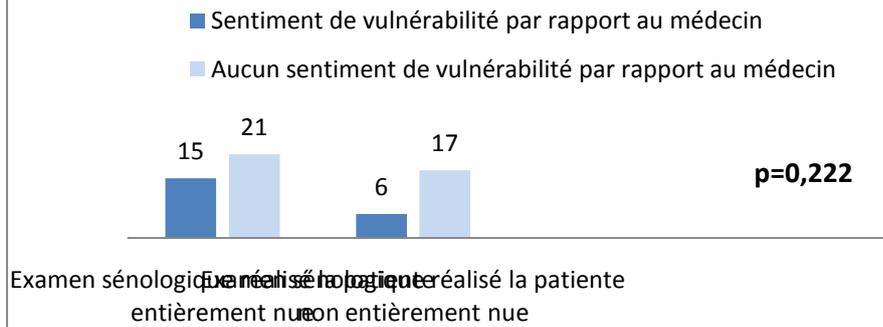


Le sexe du médecin



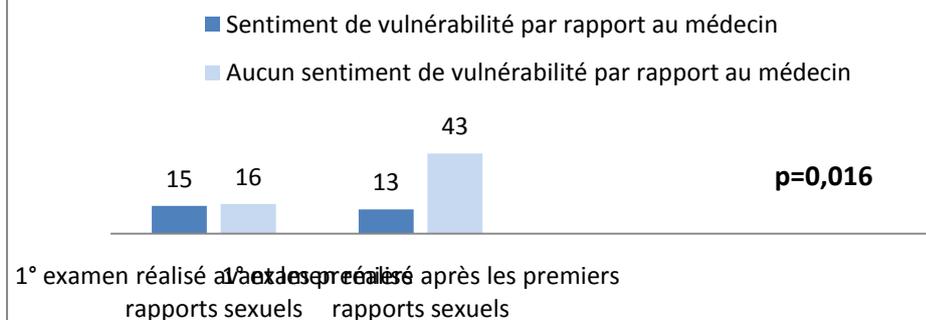
Examen sénologique réalisé entièrement nue ou pas

Rapport entre un éventuel sentiment de vulnérabilité vis-à-vis du médecin et le fait d'être ou non entièrement nue durant l'examen sénologique

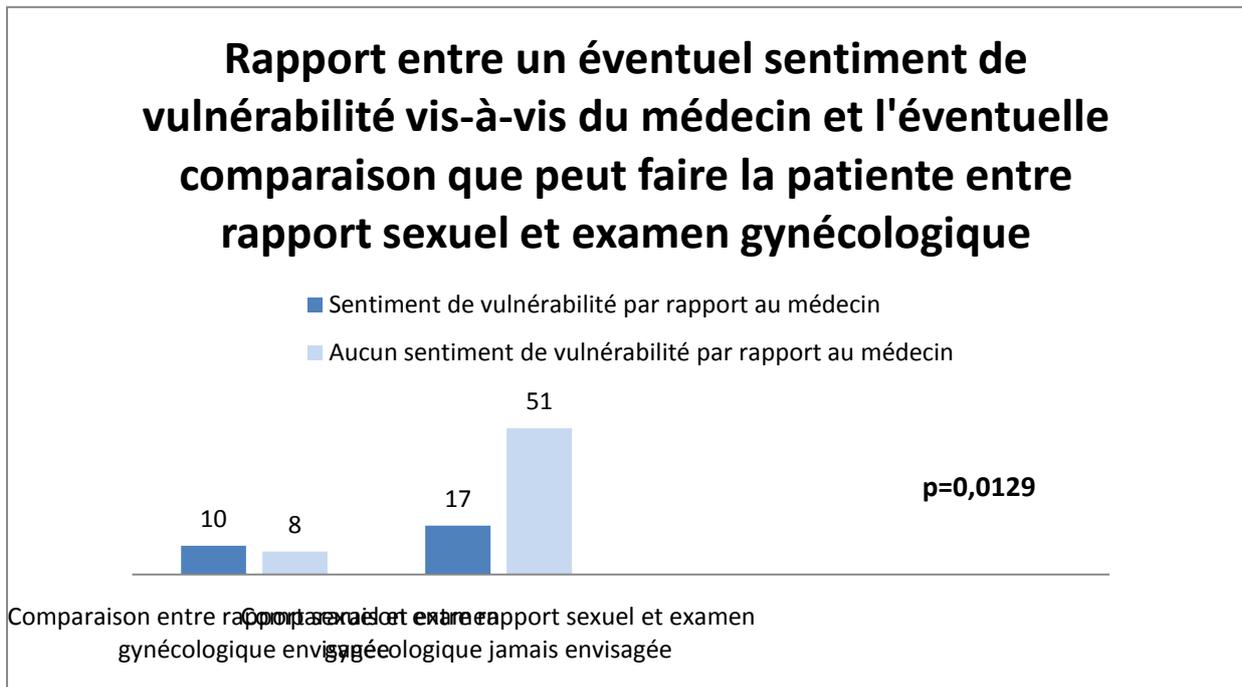


Le début de la vie sexuelle

Rapport entre un éventuel sentiment de vulnérabilité vis-à-vis du médecin et le fait que ce 1^{er} examen soit réalisé avant ou après les premiers rapports sexuels



Comparaison entre examen gynécologique et rapport sexuel déjà envisagée



DISCUSSION

1. Discussion sur la méthode

1.a. Le questionnaire

Le questionnaire est long, il s'expose au risque d'altérer la qualité de certaines réponses par perte d'attention ou lassitude des femmes interrogées. Le choix d'une cohérence avec les objectifs de l'étude a conduit à maintenir un tel questionnaire. Concernant les questions elles-mêmes, aucun problème de compréhension n'a été signalé. On peut tout de même souligner la difficulté rencontrée par certaines femmes à propos du schéma de l'appareil génital féminin illustrant la question III 2. En effet, le col de l'utérus n'est pas assez bien distingué du vagin et de l'utérus. Cela a donc pu gêner certaines femmes dans leur réponse.

Concernant les questions elles-mêmes, aucun problème de compréhension n'a été signalé. On peut tout de même souligner la difficulté rencontrée par certaines femmes à propos du schéma de l'appareil génital féminin illustrant la question III 2. En effet, le col de l'utérus n'est pas assez bien distingué du vagin et de l'utérus. Cela a donc pu gêner certaines femmes dans leur réponse.

1.b. Les conditions de recueil

L'enquête étant proposée dans des lieux de consultation médicale, l'échantillon étudié n'est donc pas représentatif de la population générale. En effet ces femmes ont fait la démarche de consulter un médecin pour elles ou pour leurs enfants (Service de Protection Maternelle et Infantile).

L'ensemble des étrangères interrogées vivent depuis longtemps en France, la question de la durée de séjour n'a donc finalement pas été étudiée puisque non discriminante.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des données et des ressentis d'exams qui, pour certains, remontent à plusieurs années. Il semble donc évident qu'il y ait une part d'incertitude voire d'erreurs dans les réponses. On peut également supposer que le caractère émotionnel du sujet abordé engendre, au moment de retranscrire à l'écrit certaines réponses, une certaine part de déformation. Celle-ci ne vient pas fausser les résultats dans la mesure où l'enquête se propose de recueillir le vécu des patientes dans sa subjectivité.

La cohorte comprend 90 sujets, ce qui est peu pour pouvoir atteindre, d'un point de vue statistique, des seuils de signification intéressants et en tirer des conclusions objectives. Cependant, malgré un faible échantillon, certains liens significatifs ont pu être démontrés.

A l'issue de l'enquête, une majorité des femmes interrogées a été surprise du thème étudié. Il s'agissait de questions qui ne leur avaient jamais été posées auparavant, surtout par le milieu médical. Aucun sujet n'a été écarté. Il ne semblerait pas y avoir eu de sujet « tabou » comme on pourrait le croire : parler de connotations sexuelles durant l'examen gynécologique a certes surpris mais n'a pas choqué. Le problème des violences sexuelles pouvait être également source de gêne mais, au contraire, pour les quelques femmes ayant subi ce genre de traumatismes, pouvoir en parler

est un soulagement La question posée par écrit a été le « déclic » pour qu'elles en parlent succinctement au moment de rendre leur « copie ».

2. Discussion sur les réponses données au questionnaire et leurs analyses statistiques

2.a. Données générales

De manière schématique, l'âge de la patiente interrogée lors de cette enquête était compris entre 25 et 35 ans. Elle était de nationalité française, avait un niveau d'étude CAP/BEP, vivait en couple (mariée, pacsée ou en union libre), avait en moyenne 2,2 enfants et pratiquait la religion catholique de manière occasionnelle.

La tranche d'âge [25-35 ans] représente 43,3% des femmes interrogées.

La distribution des âges est variée puisqu'elle s'échelonne depuis les moins de 20 ans jusqu'aux plus de 50 ans.

Concernant la nationalité, il existe une quasi-uniformité de l'échantillon. La nationalité française est présente à 91%. On retrouve ensuite deux pays du Maghreb, l'Algérie (2%) et la Tunisie (1%), puis un pays de l'Union Européenne, le Portugal (2%), et enfin des pays du continent africain, le Gabon, le Kenya et la Guinée pour 1% chacun.

Le niveau CAP/BEP est le plus représenté parmi les femmes interrogées. Il représente à lui seul 33,3% de l'ensemble des réponses. On constate que 17,8% d'entre elles ont un niveau brevet des collèges, voire aucun diplôme.

Les femmes vivant en couple sont largement majoritaires (64,5%), qu'elles soient mariées, en union libre ou pacsées.

Le nombre moyen d'enfant par femme est légèrement supérieur à celui de la moyenne nationale puisqu'il est de 2,2 contre 1,98 dans la population générale.

En ce qui concerne la religion, 51% des femmes interrogées déclarent en avoir une. La religion catholique est majoritaire à 78%, la religion musulmane est citée dans 17% des cas. La pratique est le plus souvent occasionnelle, voire absente.

2.b. Le premier examen gynécologique

Niveau d'inquiétude

Le niveau d'inquiétude avant l'examen est relativement élevé puisque 37,8% des femmes interrogées le considèrent comme important voire très important, 34,4% comme moyen et seulement 26,7% comme faible voire très faible.

Niveau d'études

Dans l'échantillon, un lien significatif est établi entre le niveau d'études et la douleur ressentie durant l'examen ($p=0,02$). En effet, les femmes ayant leur baccalauréat ou un niveau d'études supérieur, ont trouvé l'examen plus douloureux que les femmes n'ayant aucun diplôme ou un niveau Brevet des collèges, CAP ou BEP. Quant à la relation entre le niveau d'études et le ressenti, le lien n'est pas démontré, mais se situe à la limite de la significativité ($p=0,06$).

Dans la littérature, la question du lien entre vécu de l'examen et niveau d'études est peu analysée. On trouve cependant un exemple dans une étude allemande, paru en 2000 [2], qui a analysé deux groupes distincts de jeunes filles : l'un composé de 669 patientes consultant dans un service de gynécologie pour enfants et adolescents, l'autre composé de 210 élèves scolarisés dans deux types d'établissement : un de type « high school » pour les élèves se destinant à des études universitaires, et l'autre de type « vocational school » pour les élèves se destinant à des études non universitaires. Les auteurs n'ont pas montré de différence entre le type d'école et la douleur ressentie ou non durant l'examen gynécologique. Par contre, un lien statistiquement significatif existait entre le type d'école et le niveau d'anxiété : les élèves de la « vocational school » étaient plus anxieuses que celles de la « high school ». Les résultats sont donc discordants. En quoi le niveau d'études peut-il jouer dans le vécu d'un examen gynécologique ?

Luc Boltanski, sociologue, dans un article datant de 1971, s'intitulant « Les usages sociaux du corps » [13], analyse le rapport au corps des différentes catégories socioprofessionnelles : « L'intérêt et l'attention que les individus portent [...] à leur sensations physiques [...] croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, et que diminue la résistance physique des individus. ». Ainsi, une femme avec un niveau d'études plus élevé, aurait une perception accentuée des sensations désagréables induites par l'examen et par conséquent une propension à trouver celui-ci plus douloureux qu'une femme appartenant à une catégorie sociale de niveau inférieur.

Idées préconçues et discussion de l'examen au préalable avec un médecin

Il existe 74% de réponses à connotations « négatives » à la question sur les idées que les femmes avaient de cet examen avant de le réaliser. Les termes employés sont : la peur, l'appréhension, la douleur, la gêne... Pour certaines femmes, l'idée du premier examen les questionne sur la méconnaissance de leur anatomie. D'autres n'ont pas une idée précise de l'examen et, au contraire, beaucoup de questions à poser. Les idées préconçues des patientes sont intéressantes à noter car elles permettent d'orienter notre pratique. Celles-ci sont-elles fondées sur la lecture d'articles de magazines féminins, de sites internet, sur le récit d'expériences d'amies... ? En tout cas, peu le sont sur des renseignements obtenus auprès d'un médecin. En effet, selon l'enquête, seules 24,4% des femmes en avaient parlé au préalable avec un praticien, contre 41,1% avec une personne proche. Le fait d'en discuter avec un médecin n'effacerait certainement pas totalement l'appréhension mais il permettrait d'apporter une information claire sur le pourquoi de l'examen. On constate que les

femmes rapportaient que leur niveau d'inquiétude avait diminué dans 73% des cas après en avoir parlé avec leur médecin. En revanche, on ne met pas en évidence de lien statistiquement significatif entre le fait de discuter de l'examen avec un médecin et la douleur, ou le ressenti, à la fin de l'examen. Les deux situations, la discussion et l'examen, sont probablement trop espacées dans le temps pour que l'une joue directement sur l'autre.

Ces constatations peuvent nous faire envisager une première démarche : pourquoi ne pas commencer à évoquer l'examen gynécologique avec une adolescente ou une jeune femme qui consulterait pour un autre motif ? Le fait de l'évoquer permettrait à la patiente de commencer à y penser. L'idée pourrait mûrir progressivement avec des arguments médicaux à l'appui. Le premier examen gynécologique pourrait alors être envisagé plus sereinement.

Âge et vie sexuelle de la patiente au moment du premier examen

La moyenne d'âge au moment du premier examen gynécologique se situe autour de 18,6 ans avec une dispersion allant de 11 à 33 ans. Il a été proposé après le début de l'activité sexuelle dans 62,2% des cas et au contraire avant celle-ci dans 36,7%. En France, selon l'INED, Institut National d'Etudes Démographiques, depuis les années 2000 environ, la moyenne d'âge des jeunes filles au moment de leur premier rapport sexuel est de 17,6 ans.

Les données de cette étude permettent de retrouver un **lien significatif entre le ressenti à l'issue de l'examen et l'âge auquel il est réalisé ($p=0,032$), mais également entre la douleur notée durant l'examen et le fait que celui-ci soit réalisé avant ou après les premiers rapports sexuels ($p=0,008$).**

Les auteurs anglais, Gupta, Hogan et Kirkman, retrouvent, dans leur étude réalisée en 1999 sur l'expérience du premier examen gynécologique, une moyenne d'âge des patientes de 17,3 ans avec une dispersion allant de 11 à 23 ans[3] pour un effectif total de 167 cas. Il n'est pas fait mention du début ou pas de leur vie sexuelle. Ils mettent en évidence un lien significatif entre l'âge des patientes et une expérience positive de l'examen ($p=0,003$). Ils notent par ailleurs que 55% des frottis cervico-vaginaux ont été réalisés à des jeunes filles de moins de 19 ans alors que le « National Health Service Cervical Screening Recommendations » au Royaume-Uni préconise le début de la surveillance aux alentours de 20-25 ans.

Une étude américaine datant de 1997, portant sur le vécu du premier examen gynécologique chez 522 femmes[4], montre une majoration de leur niveau d'anxiété durant l'examen lorsque celui-ci est réalisé avant l'âge de 18 ans.

On peut facilement imaginer qu'une patiente plus âgée, ayant déjà débuté sa vie sexuelle, n'a pas le même rapport à son corps qu'une adolescente sans expérience. La première tolérerait peut-être plus facilement la mise à nu de son intimité corporelle et les sensations induites par l'examen. En France, la Conférence Nationale des Professeurs des Universités en Gynécologie-Obstétrique préconise un examen gynécologique annuel à partir du début de l'activité sexuelle. Nul besoin donc de réaliser prématurément ce premier examen et, en aucun cas, avant que la patiente n'ait débuté ses premières expériences sexuelles, ce qui offre la possibilité de l'annoncer et de l'expliquer à l'avance.

Refus de l'examen avant ou après la première consultation gynécologique

Peu de femmes ont refusé de se faire examiner avant leur tout premier examen gynécologique (4,4% ont refusé contre 94,4%). Deux femmes n'ont pas répondu à la question sur les raisons pour lesquelles elles avaient refusé la première fois. Une patiente a trouvé cette « *question indiscrete* ». Une autre voulait que « *son futur mari soit le premier à la toucher* ». On retrouve quasiment les mêmes chiffres concernant d'éventuels refus pour les examens gynécologiques suivants (5,6% ont refusé contre 94,4%). Les raisons données sont : les règles en cours (4,4% des réponses), un manque de temps (2,2%), la peur de l'examen (1,1%). Le refus est donc rare. Mais on peut imaginer que certaines femmes aient accepté alors qu'elles ne le souhaitaient pas. Cette éventualité serait néfaste car elle pourrait s'interpréter comme une soumission de la patiente n'osant pas dire non à un médecin auquel elle fait en principe confiance. A partir de ces données il est possible de proposer quelques pistes de réflexion aux praticiens amenés à pratiquer cet examen : annoncer et expliquer cet examen à l'avance sans l'imposer. Il nous faut prendre en compte, à ce stade, l'âge de la patiente, le début ou non de sa vie sexuelle, ses réticences connues vis-à-vis de l'examen mais également celles dont elle n'aurait pas encore osé parler. Poser des questions ouvertes est sans doute la meilleure façon de recueillir le point de vue des patientes permettant ainsi de comprendre les refus et réticences éventuels. Ainsi pourrions-nous adapter notre prise en charge de manière individuelle.

Le motif du premier examen gynécologique

Le motif de consultation du premier examen est, à 42,2%, la prescription d'une pilule contraceptive. Cependant la prescription d'une pilule n'est pas obligatoirement synonyme d'examen gynécologique s'il n'existe pas de problème particulier. L'interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux, et sur un éventuel tabagisme, la prise de la tension artérielle et le contrôle du poids suffisent la plupart de temps. La Haute Autorité de Santé a publié, en 2004, différentes recommandations sur la prescription des différents moyens de contraception. Il est précisé : « L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. »

Rendre l'examen gynécologique obligatoire pour avoir un moyen de contraception tel que la pilule semblerait être une erreur. En effet, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle il induirait des conduites sexuelles à risque et augmenterait inéluctablement le nombre de grossesses non désirées, par peur de se faire examiner. Le Professeur Nisand, Gynécologue-Obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, dans un article intitulé *I.V.G en France, quelques propositions pour l'avenir*, parlant des centres de planification familiale et de la délivrance de moyens de contraception écrit : « le médecin ne fait pas d'examen gynécologique sauf si il y a une demande ou une nécessité dans ce sens. Il conseille, oriente, répond aux questions et aux angoisses que provoquent les premières expériences. »

D'ailleurs, on note que dans 15,6% des cas le premier examen gynécologique est réalisé dans le cadre d'une demande d'interruption de grossesse. C'est un chiffre non négligeable qui témoigne d'un relatif échec pour la prévention en matière de sexualité. L'examen gynécologique est alors réalisé dans de mauvaises conditions. Le suivi gynécologique devra alors se poursuivre tant bien que mal, après des débuts parfois éprouvants tant sur le plan physique que psychologique.

Pour 33,3% des femmes interrogées, le premier examen gynécologique est l'occasion de vérifier que

« tout est normal ». C'est d'ailleurs la principale question à laquelle les médecins italiens d'un centre de gynécologie et de sexologie disent répondre aux jeunes filles venant en consultation, dans un article datant de 2002 traitant de l'examen gynécologique des adolescentes [5]. C'est une question qui peut paraître anodine mais qui renvoie à beaucoup d'interrogations : la connaissance de son corps (« suis-je faite comme toutes les autres filles »), la sexualité (« les rapports sexuels font-ils mal », « suis-je obligée d'avoir des rapports si j'ai un copain »), la fertilité (« pourrais-je un jour avoir des enfants »). Pouvoir répondre à ces questions en tant que médecin, c'est souvent rétablir des vérités, combattre des idées reçues, autorise ces jeunes patientes à construire leur identité de femmes à partir d'informations objectives. La prévention en matière de contraception et d'infections sexuellement transmissibles commence certainement par là.

Le sexe du médecin réalisant l'examen

La question du sexe du médecin fait partie des items analysés dans beaucoup d'études. Leurs résultats divergent. On peut noter, dans l'étude anglaise de 1999 déjà citée [3], sur l'expérience du premier examen gynécologique, que la consultation était évaluée de manière plus positive lorsqu'elle était réalisée par une femme ($p=0,02$). Dans une étude écossaise de 2003, portant sur 687 patientes d'âge variable (moins de 20 ans jusqu'à plus de 41 ans), la plupart (76%) expriment une nette préférence pour être examinée par une femme [6]. A contrario, en 1997, Reddy et Wasserman ne trouvent pas de lien significatif entre le sexe de l'examineur et le niveau d'anxiété ressenti durant l'examen [4], idem pour l'étude allemande réalisée en 2000 déjà citée [2].

En ce qui concerne ce travail, 52,2% des femmes ont été examinées par un homme contre 47,8% par une femme. Aucun lien n'a été mis en évidence entre le sexe de l'examineur et la douleur ($p=0,14$) ou le ressenti ($p=0,98$) durant l'examen. 81,1% des femmes ont accepté dans le passé ou accepteraient d'être suivies par un homme. Pour celles qui ont répondu par la négative, les raisons données pour expliquer ce refus sont : la sensation de gêne, une pudeur importante, le motif religieux (patiente musulmane pratiquante). Certaines femmes ont répondu « rapport homme / femme ambigu ». Effectivement, on peut imaginer que pour les 81,1% des femmes qui acceptent d'être suivies par un homme, la question du sexe de l'examineur a peu d'importance, considérant donc le médecin comme « asexué ». En revanche, pour les 18,9% restantes, le sexe de l'examineur a beaucoup plus d'impact dans ce contexte d'examen de l'appareil génital. Le rapport homme/femme mal assumé prend le pas sur la relation classique médecin/patient. En revanche, il n'a pas été mis en évidence, dans cette étude, de lien entre le sexe du médecin et le fait d'avoir déjà comparé examen gynécologique et rapport sexuel ($p=0,56$).

Plusieurs réponses donnent également comme explication qu'il est plus facile de parler de problèmes gynécologiques avec une femme dans le sens où celle-ci a déjà potentiellement vécu certaines situations. On retrouve cette explication dans l'article norvégien de Larsen, Oldeide et Malterud, paru en 1997 dans *Family Practice* [7]. Ces auteurs ont recueilli, au moyen d'entretiens, les données objectives et subjectives (prise du rendez-vous, matériel médical utilisé, déroulement de l'examen, impressions positives et négatives) du dernier examen gynécologique de 13 femmes âgées de 16 à 80 ans. Les patientes, qui ont exprimé une préférence pour être examinées par une femme, l'argumentent en expliquant qu'elles ont le sentiment d'une meilleure communication de par leur anatomie et physiologie communes.

Dans cette étude, deux femmes, qui n'ont pas compris le sens de la question, ont expliqué pourquoi, au contraire, elles préféreraient un homme : l'une se sent plus à l'aise avec un homme, l'autre explique qu'elle préfère être examinée par son médecin généraliste masculin avec qui elle a établi une relation de confiance.

La spécialité du médecin : généraliste ou gynécologue

Pour une large proportion des femmes interrogées (70%), le premier examen gynécologique a été réalisé par un gynécologue. Aucun lien significatif n'est mis en évidence entre la spécialité du médecin et le ressenti ($p=0,95$) ou la douleur ($p=0,91$) durant l'examen. Quelles sont les raisons pour lesquelles le médecin généraliste réalise aussi peu de premier examen gynécologique ? On peut penser que certaines femmes refusent de se faire suivre sur le plan gynécologique par le médecin généraliste qui suit l'ensemble de la famille. Parler de problèmes de sexualité, par exemple, avec le médecin qui suit également le conjoint peut rendre mal à l'aise. L'examen peut également, à lui seul, déranger certaines femmes si leur médecin traitant les connaît depuis l'enfance. Pour d'autres, n'ayant pas eu l'information, elles ne savent pas que le médecin généraliste peut effectuer ces examens. Enfin, il existe aussi des médecins généralistes qui ne souhaitent pas faire de la gynécologie et qui adressent leurs patientes vers des confrères gynécologues.

Il semble primordial, au final, de donner à la patiente l'ensemble des informations sur les professionnels de santé habilités à effectuer ce suivi afin qu'elle puisse, en fonction des circonstances et des affinités qu'elle peut déjà avoir avec tel ou tel médecin, choisir en toute connaissance de cause.

Les résultats obtenus dans d'autres études concernant la spécialité du médecin sont très variables. On note, dans l'étude anglaise de Gupta, Hogan et Kirkman [3], un meilleur ressenti de l'examen (sans considérer forcément le premier) lorsque celui-ci est réalisé dans un centre de planning familial versus le cabinet du médecin généraliste ($p=0,04$) mais il n'est pas précisé par quel type de médecin il est réalisé au sein du planning. D'autre part, les auteurs nuancent ce lien en soulignant qu'il est à peine significatif. Dans une étude américaine de 1999 [8], réalisée auprès de 5164 femmes, sur leur dernier examen gynécologique, les auteurs ont recueilli les réponses à quatre questions : le type de personnel de santé ayant réalisé leur dernier examen gynécologique (infirmière, gynécologue ou médecin généraliste) si celui-ci était un homme ou une femme et enfin leur préférence en général. Il en ressort que 56% des femmes interrogées ont consulté un gynécologue pour leur dernier examen gynécologique et que 60,3% préfèrent être suivies par ce même gynécologue. Le facteur le plus significatif pour préférer un gynécologue par rapport à un médecin généraliste est d'avoir consulté lors du dernier examen un gynécologue ($p<0,0001$). L'expérience du dernier examen est donc extrêmement importante dans le choix ultérieur du médecin réalisant le suivi. Dans l'article américain [4], les auteurs ne retrouvent aucun lien significatif entre le niveau d'anxiété de la patiente durant l'examen et le fait que celui-ci soit réalisé par un médecin généraliste ou un gynécologue.

Explications données quant au but et déroulement de l'examen

Globalement, les femmes participant à l'étude ont reçu des explications en ce qui concerne le but de l'examen (88,9% de réponses positives) et son déroulement (73,3% de réponses positives). Il n'a pas

été mis en évidence de lien entre la douleur ressentie ou non durant l'examen et le fait que le médecin ait informé du but de celui-ci ($p=0,60$), même chose entre le ressenti et le but expliqué ou non ($p=0,33$).

En revanche, il existe une relation entre le ressenti à l'issue de l'examen et les explications données, ou non, par le médecin tout au long de l'examen ($p=0,04$). Ce n'est pas le cas avec l'item douleur ($p=0,80$). La communication est une question centrale. En effet, on note, à la question sur le ressenti à l'issue de l'examen, un nombre important de réponses ayant trait à la communication. Quand le ressenti est bon, voire très bon, les réponses notées sont : « dialogue ouvert avec le médecin », « bonne écoute, bon contact », « explications données », « médecin à l'écoute, met à l'aise », « utilisation de termes simples pour expliquer l'examen et ses résultats ». Quand, au contraire, le ressenti est mauvais, les réponses sont : « médecin froid et expéditif », « peu de communication ».

La littérature abonde dans ce sens également. Un article américain [9], datant de 1984, traitant du premier examen gynécologique chez l'adolescente, donne une grande importance aux explications données à la patiente quant au but de l'examen puis à chaque étape de celui-ci (quel organe est examiné par exemple) afin de rassurer celle-ci. Mais c'est aussi au moment de l'interrogatoire que l'auteur de l'article, Hein, insiste sur l'importance de poser des questions sur les activités de l'adolescente, sur ses amis, sa famille, pour que celle-ci se sente traitée comme une personne à part entière et pas comme une patiente lambda. Dans l'article norvégien précédemment cité, le fait que le médecin parle durant l'examen était considéré comme quelque chose de positif par les femmes : d'abord parce que cela créait une ambiance détendue, de respect mutuel, propice aux éventuelles questions que pouvait se poser la patiente et puis parce qu'ainsi, elle avait la possibilité d'apprendre comment son corps fonctionnait. Dans l'étude suédoise de 2004 [10], les auteurs ont cherché à recueillir dans la conduite des médecins, les éléments favorables et/ou défavorables pouvant expliquer un bon ou au contraire un mauvais ressenti de l'examen au moyen d'entretiens. La cohorte comprenait trente suédoises âgées de 18 à 82 ans. On retrouve encore une fois les mêmes raisons avancées pour obtenir un bon ressenti de l'examen : explications données avant, pendant et après ; le fait d'être précis dans les réponses en employant un vocabulaire adapté à la patiente ; sincérité du discours ; fait d'être compréhensif et patient ; prendre son temps ; demander des nouvelles de la famille ; être capable de présenter des excuses à la patiente le cas échéant. Au contraire, on note : insuffisance ou absence totale d'informations ; nonchalance voir indifférence du médecin, caractère routinier avec lequel l'examen est pratiqué...pour expliquer un mauvais ressenti.

Autorisation demandée pour pouvoir examiner

Ce travail n'a pas mis en évidence de lien entre le fait de demander l'autorisation pour examiner et le fait que l'examen soit ou non douloureux ($p=0,99$), même chose entre l'autorisation demandée, ou pas, et le ressenti à l'issue de l'examen ($p=0,65$). Cette question de l'autorisation d'examiner est analysée dans l'étude de Gupta. Les auteurs mettent en évidence un lien statistiquement significatif entre le fait de demander la permission pour examiner et une expérience positive de l'examen ($p=0,001$). On peut supposer que la question de l'autorisation d'examiner prise isolément n'est pas, pour la femme, une chose d'essentielle. Elle fait partie d'une prise en charge plus globale alliant respect et écoute de la part du médecin.

Pièce séparée pour se déshabiller

Pour 67,8 % des femmes interrogées, il existait un espace séparé pour se déshabiller lors de la consultation.

Un lien est mis en évidence entre le ressenti à l'issue de l'examen et le fait qu'il existe ou non un espace séparé pour se déshabiller. Les femmes qui avaient un espace séparé pour se déshabiller ont mieux vécu la consultation que les autres ($p=0,03$). On retrouve le même parallèle entre la douleur ressentie, ou non, et le fait qu'il y est, ou pas, un espace séparé. Les femmes ayant eu la possibilité de se déshabiller dans un espace séparé du bureau de consultation ont trouvé l'examen moins douloureux ($p=0,03$).

Le moment du déshabillage peut être vécu par la femme comme le début de la mise à nu de son intimité. Se déshabiller est un acte quotidien de la vie « privée », quelle qu'en soit les circonstances y compris dans une situation médicale. L'absence d'intimité pour cette partie de la consultation peut être vécue comme une inutile violence symbolique qui va contribuer à contrarier le climat de détente nécessaire à la qualité de l'examen clinique. Permettre à la femme d'enlever ses vêtements à l'abri de tout regard, c'est la conforter dans l'idée qu'elle est respectée, que cette séquence de déshabillage n'est qu'une nécessité technique pour l'examen clinique qui va suivre. C'est la condition pour limiter les risques d'interprétation même erronée, sur le comportement du praticien, et pour instaurer un climat de confiance dépourvu de toute ambiguïté. Il n'est pas question, pour autant, de modifier toute l'architecture du cabinet de consultation mais simplement de délimiter une zone, au moyen d'un paravent ou d'un rideau et d'y installer un porte-manteau ou une chaise, afin que la patiente puisse y laisser ses affaires le temps de la consultation. Le déshabillage, les vêtements et sous-vêtements peuvent ainsi rester dans la sphère du privé. Cette question de la disposition du cabinet de consultation n'est pas traitée dans les articles recueillis pour ce travail. La comparaison entre les prises en charge d'autres pays n'a donc pas pu être réalisée.

Examen des seins.

Les femmes interrogées ont déclaré, à 65,6%, avoir été examinées sur le plan sénologique lors de cette première consultation, 28,9% ne l'ont pas été. Sur ces 65,6%, 40% étaient entièrement nues contre 25,6%. Enfin sur ces 40% de femmes nues durant l'examen sénologique, 18,9% ont trouvé cela gênant (soit 7% des femmes examinées sur le plan sénologique). En ce qui concerne le lien entre le fait d'être nue durant l'examen des seins et la douleur ou le ressenti à l'issue de celui-ci, il n'est pas démontré ($p=0,51$ et $p=0,24$ respectivement). Cet item n'est pas traité dans les articles étudiés, la comparaison n'a donc pas été possible.

Selon le Collège national des gynécologues-obstétriciens : « l'examen des seins doit commencer de manière annuelle vers la trentaine (voire plus jeune chez les femmes à risque de cancer familial) ». Il n'y a donc pas de raison, la plupart du temps, d'examiner les seins lors de la première consultation gynécologique, hormis le cas échéant pour rassurer la patiente si celle-ci avait quelque interrogation. Si cet examen doit avoir lieu, la question de la nudité totale se pose. Elle n'est pas une interrogation majeure, semblerait-il, au vu de l'absence de lien statistiquement prouvé avec la douleur ou le ressenti. On pourrait simplement poser la question à la patiente : « préférez-vous remettre votre pantalon, votre jupe avant que j'examine vos seins ? » D'une part, rester entièrement nue peut être mal vécu et d'autre part, d'un point de vue purement pratique, la patiente peut avoir froid. Cela peut paraître anodin mais l'ensemble des attentions que l'on peut avoir envers sa patiente peut au final concourir à un meilleur ressenti.

Sentiment de vulnérabilité et comparaison examen gynécologique/rapport sexuel

Pour 31,1% des femmes interrogées il existe un sentiment de vulnérabilité vis-à-vis du médecin. Les raisons données pour expliquer ce sentiment sont en majorité la nudité et la position gynécologique. Viennent ensuite des problèmes liés à la communication : examen mal compris, jugement inopportun du médecin,...Il est indéniable que la position gynécologique peut engendrer une vulnérabilité importante : la patiente est nue dans une position où elle expose son appareil génital.

Dans un article de 2004 paru dans la revue *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [11], les auteurs parlent d'un pouvoir asymétrique largement en faveur du médecin. En effet, même si la femme a normalement tous les droits sur son corps, elle a le sentiment qu'en réalité le pouvoir est du côté du médecin. Elle peut se sentir à la merci, complètement désarmée face au médecin. Dans l'étude norvégienne précédemment mentionnée [7], les auteurs ont recueilli les sentiments des femmes à propos de la table d'examen. Pour certaines, la table d'examen et surtout les étriers, sont une source d'anxiété avant même d'être examinées. Il existe par ailleurs, pour une partie d'entre elles, des connotations sexuelles à cette position. On retrouve ces mêmes connotations dans l'étude citée plus haut [11].

On constate, dans cette étude, qu'il existe un lien statistiquement significatif entre ce sentiment de vulnérabilité ressenti, ou non, durant l'examen et le fait que l'examen soit réalisé avant ou après les premiers rapports sexuels ($p=0,016$). Une femme n'ayant jamais eu de rapport sexuel se sent plus vulnérable au moment de l'examen qu'une femme ayant déjà débuté une son activité sexuelle. On peut supposer que cette dernière peut faire plus facilement la part des choses entre un examen médical et sa vie sexuelle. D'ailleurs, le résultat suivant va dans ce sens : **un lien significatif est également mis en évidence entre un**

possible sentiment de vulnérabilité et le fait de comparer, ou non, l'examen gynécologique avec les rapports sexuels (p=0,013). Les femmes interrogées, comparant examen gynécologique et rapport sexuel, se sentent plus facilement vulnérables au moment de l'examen. On peut supposer que pour les femmes ne réussissant pas à faire suffisamment le distinguo entre les deux situations, l'examen est plus difficile. Celles pour qui la comparaison n'a pas lieu d'être expliquent qu'il n'existe aucun rapport entre les deux, que c'est un acte médical et que la différence est nette.

Les sensations entre les deux situations sont différentes, comme le montrent les auteurs, Wijma, Gullberg et Kjessler [1], mais il n'en reste pas moins que la comparaison, consciemment ou inconsciemment, est quelquefois faite et qu'elle engendre un inconfort important. L'examineur doit donc être vigilant : ne pas abuser de son pouvoir, réassurer au fur et à mesure afin de permettre à la patiente de reprendre le contrôle de la situation. On peut ainsi anticiper les sensations que tel ou tel de nos gestes va engendrer (« vous allez trouver cela froid au moment d'introduire le spéculum », « maintenant je vais écarter les parois de votre vagin au moyen du spéculum, cela va peut-être tirer un peu »), encourager la patiente à maîtriser sa respiration (« respirez doucement et amplement, relâchez-vous ») et enfin l'inviter à poser des questions et à interrompre l'examen si une sensation douloureuse apparaît.

Violences sexuelles

A la question des violences sexuelles, 8,9% des femmes interrogées disent en être victimes. Pour 7,8% d'entre elles, cela ne les empêche pas d'être suivies sur le plan gynécologique. Sur les 8,9% de victimes déclarées, seules 1,1 % en ont parlé avec leur médecin. Pourquoi ? C'est un élément primordial à prendre en compte dans le suivi médical général de la patiente. On peut supposer que la honte ressentie par les victimes prend le pas sur la divulgation de la vérité. Mais peut-être aussi que la question ne leur a pas été posée et qu'aborder spontanément le sujet est pour elles une épreuve. Pourquoi alors, en tant que médecin, ne pas poser la question de manière systématique en incluant celle-ci dans l'interrogatoire « classique » ? La question des violences sexuelles est certainement encore minorée au sein de la société, la rendre plus facile à aborder en consultation soulagerait peut-être certaines patientes.

Connaissances théoriques autour de la gynécologie

Une grande majorité des femmes interrogées a reçu une information concernant le frottis du col. Les explications données sont pour la plupart cohérentes. La campagne de prévention faite autour de la vaccination contre les papillomavirus a certainement permis de diffuser l'information.

La position du col de l'utérus sur le schéma a été difficile à trouver pour 54% des femmes, 15,6% n'ont pas répondu. Seules 24,4% ont entouré correctement le col. Est-ce que le fait de connaître la position de son col de l'utérus et, de manière plus générale, d'avoir quelques connaissances de son anatomie pourrait influencer sur le ressenti ou la douleur durant l'examen ? Il semble que non puisqu'aucun lien n'a été mis en évidence dans cette étude. En revanche, il semble tout de même important de donner à la patiente quelques éléments anatomiques lui permettant de mieux comprendre notre démarche lors de l'examen. Il en va de même pour le spéculum par exemple. 62,2% des femmes savent à quoi il sert. Pourquoi ne pas leur en présenter un lorsque l'on commence à discuter de l'examen gynécologique ? Permettre à la femme de se familiariser avec l'instrument, lui expliquer sa fonction, pourrait permettre une meilleure tolérance lors de son utilisation. C'est ce que préconise, par exemple, l'auteur américain K. Hein dans son article [9] en s'appuyant, lors de la première consultation, sur des illustrations, photos et modèles en plastique.

Prévention en matière de sexualité

56,7% des femmes interrogées ont déclaré avoir eu des cours de prévention en matière de sexualité. C'est peu, il faut cependant relativiser le chiffre puisque les femmes les plus âgées n'avaient pas ce genre d'enseignement durant leur scolarité.

Selon le Code de l'Education, article L.312-16 : « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène ». Qu'en est-il vraiment ? Ces trois séances sont-elles réalisées dans tous les établissements publics ?

Dans cette étude, aucun lien n'est établi entre le ressenti et le fait d'avoir eu, ou pas, de cours en matière de sexualité. En ce qui concerne le lien entre prévention et douleur, il est statistiquement mis en évidence ($p=0,013$) mais pas dans le sens théoriquement attendu. En effet, l'examen a été plus douloureux en moyenne pour les femmes ayant eu des cours de prévention. Mais en parallèle les femmes d'un niveau d'études supérieures (baccalauréat ou plus) sont les plus nombreuses à avoir eu des cours de prévention. Pourquoi, sachant que ces cours sont dispensés au collège ou au lycée ? Celles-ci mémoriseraient-elles davantage les informations reçues durant leur scolarité au collège ou au lycée ?

Boltanski, dans l'ouvrage précédemment cité [13], explique que la médecine préventive peut être une notion difficile à comprendre pour les patients de niveau social plus faible. En effet, il avance pour cela deux explications majeures. La première est celle du contexte économique dans lequel évoluent ces personnes. Adopter une attitude préventive face à la maladie est difficile lorsque les conditions de vies sont rendues précaires par l'insécurité économique. La seconde est l'utilisation d'un vocabulaire inadapté, difficilement compréhensible. Il s'ensuit une mauvaise assimilation des données dispensées durant ces cours.

La prévention peut s'envisager de plusieurs manières : une consultation chez le médecin généraliste, des cours dispensés à l'école, des émissions télévisées, des sites internet,..., l'ensemble de ces supports devant être médicalement documenté. Dans un article américain de 2000 [12], H.L. Hampton, du service de gynécologie-obstétrique de la ville de Jackson dans le Mississippi, engage les professionnels de santé à promouvoir des messages de santé publique plus forts que ceux véhiculés par les amis, films, magazines et autres.

En annexe, est reproduit un exemple de dépliant informatif concernant l'examen gynécologique. Il est réalisé par le Centre Flora Tristan, centre de planification du CHU d'Angers. Il décrit point par point le déroulement de l'examen tout en répondant à des questions fréquentes de jeunes adultes : pourquoi passer un tel examen ?, comment se déroule-t-il ?, qui le réalise ?,... Les textes sont courts et utilisent des termes simples. Les illustrations permettent de mettre un nom sur les mots *spéculum*, *col de l'utérus* mais aussi *position gynécologique*. Ce sont de bons supports pour « amorcer » la discussion et dédramatiser la situation. Les lieux de consultation médicale (les cabinets de médecine générale, la Protection Maternelle et Infantile, les centres de planification familiale) mais aussi les lieux de passage des jeunes adultes (collège, lycée, université,...) et enfin le web sont de bons vecteurs de diffusion de l'information.

Vision de l'examen gynécologique

La vision globale des femmes interrogées quant au suivi gynécologique est bonne. La majorité des réponses est positive : « nécessaire au dépistage de maladies gynécologiques » à 81,1%, « l'occasion de faire le point, discuter... » à 57,8%. Seulement 2,2% d' « humiliant », et 7,8% de douloureux. C'est une base de réflexion à ne pas négliger pour les démarches d'amélioration futures. Nous avons certes des modifications à apporter à notre pratique quotidienne mais, globalement, l'utilité du suivi gynécologique n'est plus à démontrer pour une majorité de femmes.

CONCLUSION

Le premier examen gynécologique est-il une épreuve pour les femmes ?

Cette question, peu explorée dans la littérature médicale, a souvent suscité une surprise spontanément exprimée parmi les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête. Il s'agissait de questions qui ne leur avaient jamais été posées auparavant et, en particulier, pas dans le contexte médical.

Il n'existe pas de réponse uniforme à cette question mais cet examen dont l'utilité n'est plus à démontrer est, dans l'ensemble, bien toléré. Il ne pose pas de problème pour certaines (61,1% des femmes interrogées) mais il rappelle aussi de mauvais souvenirs à d'autres.

A l'issue de cette enquête, qui a tenté d'éclairer cet aspect subjectif de l'examen médical, il est possible de proposer quelques pistes pour préserver l'acceptabilité de l'examen gynécologique pour les patientes.

- ✓ expliquer l'examen au préalable (but, déroulement, matériel utilisé) lors d'une consultation précédente par exemple
- ✓ ne pas l'imposer
- ✓ savoir le proposer au « bon moment » (prendre en considération l'âge de la patiente, attendre le début de sa vie sexuelle)
- ✓ pratiquer l'examen dans de bonnes conditions matérielles (espace séparé pour se déshabiller)
- ✓ observer durant l'examen les signes éventuels de mauvaise tolérance, de douleur, de gêne et auquel cas en discuter tout de suite et tenter de rétablir un climat plus serein

En revanche, ce travail de recherche n'a pas permis de répondre entièrement à plusieurs questions comme la relation entre la douleur ressentie ou non et le niveau d'études ou bien encore entre la douleur et le fait d'avoir eu des cours de prévention en matière de sexualité.

Un premier examen gynécologique « réussi » est le point de départ d'un suivi gynécologique de qualité. L'adhésion aux campagnes de prévention qui sont proposées aux femmes tout au long de leur vie génitale en dépend (dépistage du cancer du col de l'utérus, diminution du nombre de grossesses non désirées, dépistage des infections sexuellement transmissibles, dépistage du cancer du sein,...). Cet enjeu justifie d'y accorder une attention toute particulière.

Les résultats de cette enquête appellent d'autres travaux pour valider des recommandations sur les conditions matérielles et psychologiques de réalisation de l'examen gynécologique, et en particulier du premier, pour en améliorer la tolérance et permettre la validation de critères d'évaluation de la qualité des soins en gynécologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wijma, B., M. Gullberg, and B. Kjessler, *Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1998. **77**(4): p. 422-8.
2. Bodden-Heidrich, R., et al., *What does a young girl experience in her first gynecological examination? Study on the relationship between anxiety and pain*. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2000. **13**(3): p. 139-42.
3. Gupta, S., R. Hogan, and R.J. Kirkman, *Experience of the first pelvic examination*. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2001. **6**(1): p. 34-8.
4. Reddy, D.M. and S.A. Wasserman, *Patient anxiety during gynecologic examinations. Behavioral indicators*. J Reprod Med, 1997. **42**(10): p. 631-6.
5. Cardamone, A., *[Gynecological exam of the adolescent girl: clinical and methodological approach]*. Minerva Pediatr, 2002. **54**(6): p. 521-4.
6. Fiddes, P., et al., *Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers*. Contraception, 2003. **67**(4): p. 313-7.
7. Larsen, M., C.C. Oldeide, and K. Malterud, *Not so bad after all... Women's experiences of pelvic examinations*. Fam Pract, 1997. **14**(2): p. 148-52.
8. Schmittdiel, J., et al., *Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization*. J Womens Health Gend Based Med, 1999. **8**(6): p. 825-33.
9. Hein, K., *The first pelvic examination and common gynecological problems in adolescent girls*. Women Health, 1984. **9**(2-3): p. 47-63.
10. Wendt, E., B. Fridlund, and E. Lidell, *Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2004. **83**(12): p. 1208-15.
11. Wijma, B. and K. Siwe, *Examiner's unique possibilities to catalyze women's empowerment during a pelvic examination*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2004. **83**(12): p. 1102-3.
12. Hampton, H.L., *Examination of the adolescent patient*. Obstet Gynecol Clin North Am, 2000. **27**(1): p. 1-18.
13. Boltanski, L, *Les usages sociaux du corps*. Annales. Economies. Sociétés, Civilisations, 1971, Volume 26, Numéro 1, p. 205-233

ANNEXES

ANNEXE 1

LE PREMIER EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Année 2008

IL FAIT PARTIE DE LA VIE DES FEMMES ET DES
JEUNES FILLES



SACHEZ QUE :

- l'examen n'est pas utile pour une première prescription de pilule
- vous avez le droit de dire NON
- le médecin ne peut pas vous imposer un examen gynécologique surtout si vous n'avez jamais eu de rapport sexuel

ANNEXE 2

Vos organes génitaux sont internes et précieux. Pour les examens, il faut donc regarder à l'intérieur. L'examen gynécologique permet de vérifier que tout va bien, de comprendre les signes qui alarment, de prévenir, de dépister, de suivre le déroulement d'une grossesse. Cet examen n'est jamais obligatoire, il n'est pas nécessaire pour une première prescription de pilule, anneau, implant, patch...

• Quand le demander ou l'accepter ?

Lorsque vous vous sentez prête...

Il n'y a pas d'âge pour le faire réaliser. En général, on le pratique quand on a commencé à avoir des rapports sexuels.

Et aussi en cas de problèmes :

- règles douloureuses, absentes
- douleurs du bas ventre, gêne lors des rapports sexuels
- démangeaisons, boutons, brûlures
- saignements, pertes anormales

• Qui le pratique ?

- Un médecin de votre choix, qui peut être généraliste ou gynécologue, exerçant en cabinet ou dans un centre de planification
- Une sage femme

Tous ces professionnels sont tenus au secret médical.

Ils font régulièrement ce type d'examen, qu'ils doivent réaliser avec douceur, respect de votre pudeur et sans faire mal.

Ils vous dispenseront des conseils fiables et adaptés.

• Comment se déroule l'examen ?

Se faire examiner si on est malade semble naturel, accepter un examen quand on est bien portant, surtout pour une partie aussi intime de son corps est plus difficile.

La consultation commence par un échange. C'est l'occasion de poser vos questions et de répondre à celles du professionnel.

ANNEXE 3

Vous pouvez parler à ce moment de votre gêne et de vos peurs éventuelles.

Vous enlèverez votre slip, ce qui n'empêche pas de garder jupe et haut si vous vous sentez plus à l'aise.

Vous allez vous allonger sur la table d'examen, les pieds posés dans des étriers pour que les jambes soient écartées et fléchies. C'est la position gynécologique.

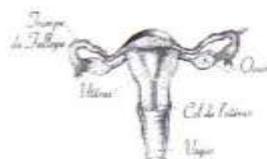


Le médecin procède en deux temps :

- Il examine le périnée, la vulve et l'entrée du vagin. Puis il introduit dans le vagin, un spéculum (petit instrument en métal ou en plastique étroit et long permettant d'écarter doucement les parois du vagin) : ce n'est pas plus difficile que de mettre un tampon. Ainsi le médecin peut visualiser les parois vaginales et le col de l'utérus et pratiquer éventuellement des prélèvements (notamment un frottis)



Vulve et Périnée



Organes génitaux internes

- Il effectue un toucher vaginal : après avoir mis un doigtier, il introduit un ou deux doigts dans le vagin, l'autre main posée sur le ventre. Ce toucher vaginal permet d'apprécier la taille, la sensibilité et la mobilité de l'utérus et des ovaires.



spéculum

Eventuellement, le médecin palpe vos seins, prend votre tension artérielle et vous pèse.

Si tout va bien, le prochain examen peut avoir lieu dans un ou deux ans.

Annexe 4

Questionnaire

« Le vécu du premier examen gynécologique »

N°

Merci d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire qui a pour but de comprendre les conditions du déroulement d'un premier examen gynécologique.

Ce questionnaire est strictement anonyme.

Il rentre dans le cadre d'un travail de recherche en médecine générale.

Merci de le remplir en toute sincérité.

Partie I : Données générales

I 1. Quel âge avez-vous ? (entourez la lettre correspondante)

- a) *Inférieur à 20 ans*
- b) *Entre 20 et 24 ans*
- c) *Entre 25 et 29 ans*
- d) *Entre 30 et 34 ans*
- e) *Entre 35 et 39 ans*
- f) *Entre 40 et 44 ans*
- g) *Entre 45 et 50 ans*

I 2. De quelle nationalité êtes-vous ?.....

Si vous êtes de nationalité étrangère, depuis combien de temps vivez-vous en France ?

I 3. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

- a) *Brevet des collèges*
- b) *CAP, BEP*
- c) *Baccalauréat (général, technique ou professionnel)*
- d) *DEUG, BTS, DUT*
- e) *Licence, Master, Doctorat, Diplôme d'ingénieur*
- f) *Aucun diplôme*

I 4. Quelle est votre situation matrimoniale ? (entourez la lettre qui convient)

- a) *Célibataire*
- b) *En union libre (=en couple sans union)*
- c) *Pacsée*
- d) *Mariée*
- e) *Divorcée*
- f) *veuve*

Si vous avez entouré les lettres « b), c) ou d) » : depuis combien de temps vivez- vous ensemble ?

.....

I 5. Avez-vous des enfants ? (entourez la lettre qui convient)

- a) *Oui*
- b) *Non*

Si votre réponse est oui , combien d'enfants avez-vous ?

I 6. Avez-vous une religion ?

a) *Oui*

b) *Non*

Si oui, laquelle ?.....

Si oui, pratiquez-vous votre religion ?

a) *une fois par jour*

b) *une fois par semaine*

c) *occasionnellement*

d) *non pratiquante*

Partie II : Le premier examen gynécologique

II 1. Quelle(s) idée(s) aviez-vous de l'examen gynécologique avant de le réaliser pour la première fois ? (en quelques mots)

2. A quel âge avez-vous eu votre premier examen gynécologique ?.....

II 3. Avant cette date, aviez-vous refusé de réaliser l'examen lorsqu'un médecin vous l'avait proposé ?

a) *Oui*

b) *Non*

Si votre réponse est a) :

Quelles raisons avez-vous donné au médecin ? ...

Existait-il d'autres raisons que vous n'avez pas données au médecin ?.....

II 4. Quel(s) étai(en)t le(s) motif(s) de votre premier examen gynécologique ?

a) *Prescription de la pilule*

b) *Douleur dans le ventre*

c) *Pertes gynécologiques anormales*

d) *Règles trop abondantes et/ou douloureuses*

e) *Une demande d'interruption de grossesse*

f) *Début des rapports sexuels*

g) *Pour vérifier que tout est normal*

h) *Autres*

II 5. Quel était votre niveau d'inquiétude avant de réaliser l'examen ?

a) *Très important*

b) *Important*

c) *Moyen*

d) *Faible*

e) *Très faible*

II 6 Aviez-vous discuté de cet examen avec une personne proche avant de le réaliser ?

a) *Oui*

b) *Non*

Si oui, cela avait-il changé votre niveau d'inquiétude ?

a) *Oui*

b) *Non*

Si oui, dans quel sens ? Votre inquiétude avait-elle

a) *Augmenté ?*

b) *Diminué ?*

II 7. Aviez-vous discuté de cet examen avec un médecin avant de le réaliser ?

a) *Oui*

b) *Non*

III 3. Pour vous, qu'est-ce qu'un spéculum ?

- a) *Une partie de l'anatomie féminine*
- b) *Une infection gynécologique*
- c) *Un instrument permettant de mieux visualiser le vagin*
- d) *Une pince servant à réaliser certains prélèvements lors de l'examen gynécologique*
- e) *autre*

III 4. Durant votre scolarité avez-vous eu des cours de prévention en matière de sexualité (contraception, infections sexuellement transmissibles,...) ?

- a) *Oui*
- b) *Non*

III 5. Pour vous, à quelle fréquence la consultation de gynécologie doit-elle s'effectuer ?

- a) *1 fois par an*
- b) *1 fois tous les 6 mois*
- c) *1 fois tous les 2 ans*
- d) *1 fois tous les 5 ans*
- e) *Lorsqu'il y a un problème*
- f) *autre*

III 6. Comment voyez-vous le suivi gynécologique ? (Trois réponses maximum)

- a) *Contraignant*
- b) *Inutile*
- c) *L'occasion de faire le point, de discuter...*
- d) *Humiliant*
- e) *Douloureux*
- f) *Nécessaire au dépistage de maladies gynécologiques*
- g) *L'occasion de faire de la prévention en matière de contraception et/ou de maladies sexuellement transmissibles*
- h) *autre*

Un grand merci pour votre participation

Le premier examen gynécologique : une épreuve pour les femmes ?

Enquête d'opinion auprès de 90 femmes

RESUME

La première expérience d'un examen gynécologique compte beaucoup pour façonner la représentation de cette procédure diagnostique par les patientes tout au long de leur vie. Ce travail a eu pour objectif de recueillir les perceptions du premier examen et d'analyser les facteurs pouvant influencer sur un bon ou un mauvais ressenti. 90 femmes ont répondu à un questionnaire écrit et anonyme, distribué dans différents lieux (cabinets de médecine générale, Protection Maternelle et Infantile, planning familial et service de suites de couche). Différents liens statistiquement significatifs ont pu être mis en évidence après utilisation du test du khi-2 au moyen du logiciel Excel. Globalement, on note que 61,1% des femmes interrogées ont un bon ressenti à l'issue de l'examen. En ce qui concerne les déterminants d'un bon ou au contraire d'un mauvais déroulement de l'examen, on remarque que l'examen est moins douloureux chez les femmes ayant déjà débuté leur vie sexuelle au moment de la consultation ($p=0,008$), que le ressenti global de l'examen est meilleur lorsque des explications ont été données au fur et à mesure de celui-ci ($p=0,04$) ou bien encore qu'il existe un meilleur ressenti lorsqu'il y a un espace séparé du bureau de consultation pour se déshabiller ($p=0,03$). Cette étude permet d'enrichir notre pratique par une meilleure connaissance du ressenti de la femme et ainsi promouvoir un suivi gynécologique de meilleure qualité.

MOTS – CLES

premier examen gynécologique

consentement éclairé

examen gynécologique

médecine générale

perception des patientes